



Salute 2000 s.r.l.

Via Grandi, 10 - 60027 Osimo (AN)
tel. 0717302251 - n° verde 800.626.000

www.salute2000.it - E-mail: info@salute2000.it

C.F. - P.IVA 02018580429 Reg. Imp. C.C.I.A.A. n. AN-2000-15869 - n. R.E.A. 155505



Certificazione UNI EN ISO 9001:2015 n.9122.SA20



GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA

AZIENDA:

Il Sig./La Sig.ra:

Mansione lavorativa:

In data ____/____/____ è stato/a sottoposto/a a visita medica:

PREVENTIVA PERIODICA STRAORDINARIA (rientro da malattia > 60 gg) CAMBIO
MANSIONE SU RICHIESTA FINE RAPPORTO ALTRO

PER ESPOSIZIONE AI SEGUENTI FATTORI DI RISCHIO:

POLVERI CEMENTO FARINA LEGNO PELLI COTONE E SIMILI ALTRO.....
 RUMORE VIBRAZIONI MMC LAVORO IN QUOTA ALCOL STUPEFACENTI
 TETANO AG. BIOLOGICI AG. CHIMICI LAVORO NOTTURNO SALDATURA
 MICROCLIMA E I SOVR. BIOM. ARTI SUP. POSTURE INCONGRUE AMIANTO
 RADIAZ. OTTICHE N A CANCER/MUTAG VDT ALTRO:

ACCERTAMENTI ESEGUITI:

VISITA MEDICA SPIROMETRIA AUDIOMETRIA SCREENING OCULISTICO
 ECG ALCOL TEST DRUG TEST ALTRO

ESITO:

IDONEO ALLA MANSIONE
 IDONEO CON PRESCRIZIONI:
.....
 IDONEO CON LIMITAZIONI:
.....
 INIDONEO TEMPORANEAMENTE PER MESI:
 INIDONEO PERMANENTEMENTE
 GIUDIZIO SOSPESO IN ATTESTA DI REFERTO DOCUMENTI SANITARI:
.....

Da sottoporre a nuova visita medica tra: 1 anno 2 anni 5 anni

DATA ____/____/____

IL MEDICO COMPETENTE _____

Il lavoratore attesta di aver ricevuto idonea informazione circa l'esito del giudizio, i risultati della sorveglianza sanitaria, la corretta espressione dei dati anamnestici e l'informazione sulla possibilità di ricorrere contro il giudizio di idoneità all'Organo di Vigilanza territorialmente competente, ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D.lgs. 81/2008 s.m.i., entro il termine di 30 giorni.

IL LAVORATORE PER PRESA VISIONE _____