



**Salute 2000 s.r.l.**  
Via Grandi, 10 - 60027 - Osimo(AN)  
tel. 0717302251 - Fax 071732455



Certificazione UNI EN ISO 9001:2000 n.9122.SA20



**Motivazione (se straordinaria):**

cambiamento       controllo cessazione inidoneità

su richiesta di .....

eventi accidentali.....

fine rapporto lavoro o altri motivi .....

**VISITA**    **periodica**    **straordinaria**

**Ditta**.....

Li ...../...../.....

Cognome e Nome: ..... Sesso: M F

**1-Dati occupazionali** tel. ....

Lavorazione attuale: ..... Variata da ultima visita: SI NO

Rischio: ..... Periodicità visite: .....

DPI (se variati).....

Tempo esposizione giornaliera (se variato).....

**2-Anamnesi intercorrente** (disturbi che il lavoratore presume collegati all'attività lavorativa, infortuni, traumi lavorativi o extralavorativi, riconoscimenti invalidità) .....

.....

.....

.....

.....

**3-Esame Obiettivo** PA / mmHg .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4-Accertamenti integrativi** specialistici e/o di laboratorio.....

.....

.....

.....

Audio alterazioni:  NO       SI       grado ipoacusia secondo Merluzzi.....

Spiro alterazioni:  NO       SI      deficit:  ostruttivo       restrittivo       misto

Screening oculistico alterazioni:  NO       SI .....

.....

**5-Valutazioni conclusive** dei dati clinico anamnestici ed accertamenti integrativi.....

.....

.....

.....

**6-Proposta giudizio idoneità**  idoneo       non idoneo       idoneo con le seguenti condizioni

.....

.....

temporaneamente non idoneo fino a .....

.....

Prossima visita tra       3 mesi       6 mesi       1 anno       2 anni

.....

**Il lavoratore dichiara:** prendo visione e **confermo** quanto dichiarato sopra. Dichiaro di **consentire la raccolta dei miei dati personali** ad uso sanitario ai sensi del Dlgs 196/2003 e successive modifiche. Dichiaro di essere stato informato sul **significato degli accertamenti sanitari** cui sono stato sottoposto e sul loro risultato, sulle modalità di ritiro presso la sede della Salute 2000 srl della **copia della cartella clinica** all'atto della dimissione, e che **avverso il giudizio di inidoneità** parziale o totale del lavoratore è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi dell' art. 41 comma 9 del D.Lgs. 81/08, entro il termine di 30 giorni.

.....

.....

.....

.....

Il Lavoratore

Il Medico