

REFERTO VISITA PREASSUNTIVA/PREVENTIVA

(D.Lgs. 81/08 s.m.i.)

1 - LAVORATORE Sesso M F

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...| SCOLARITA' ANNI

DOMICILIO (Comune e provincia)

VIA TEL

E-MAIL

MEDICO CURANTE DOTT.....

VIA.....TEL.....

2 -ANAMNESI LAVORATIVA

3-ANAMNESI FAMILIARE

4-ANAMNESI PERSONALE Vaccinazione antitetanica: NO SI ultimo richiamo .../.../.....

Infortuni – traumi (lavorativi o extralavorativi).....

Invalidità riconosciute (invalidità civile, Inps, Inail, Ass. Private).....

Altre notizie utili ai fini anamnestici lavorativi

5-ESAME CLINICO GENERALE: Peso.....kg - Altezza..... cm - PA...../..... - FC.....

6-VALUTAZIONI CONCLUSIVE (dei dati clinico-anamnestici)

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 101/2018 s.m.i.. 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

Data...../...../.....