

2 -ANAMNESI LAVORATIVA Ditta..... Dipendente.....

.....Esposizioni precedenti SI NO
3-ANAMNESI FAMILIARE

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

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

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

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma SI NO

Altre notizie utili ai fini anamnestici lavorativi

5-PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA (protocolli, periodicità)

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

7 -ACCERTAMENTI INTEGRATIVI SPECIALISTICI E/O DI LABORATORIO

(indicare gli accertamenti eseguiti e il n. di riferimento dei referti allegati)

- Audio alterazioni: NO SI grado ipoacusia secondo Merluzzi.....
- Spiro alterazioni: NO SI deficit: ostruttivo restrittivo misto
- Screening oculistico: alterazioni: NO SI
- Altro

8-VALUTAZIONI CONCLUSIVE (dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi in relazione ai rischi occupazionali)

9-PROPOSTA GIUDIZIO DI IDONEITA’: Idoneo Non Idoneo Idoneo con le seguenti condizioni

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 idoneità** 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...../...../.....