CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

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

COGNOME E NOME	Sesso]	M F
LUOGO E DATA DI NASCITA	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
CODICE FISCALE .	ANNI	· • • • • •
DOMICILIO (Comune e provincia)		
VIA TEL		
E-MAIL		
MEDICO CURANTE DOTT	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
DATORE DI LAVORO		· • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
ATTIVITÁ DELL'AZIENDA (pubblica o privata)		
DATA DI ASSUNZIONE		
SEDE/I DI LAVORO		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
LA PRESENTE CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO E' ISTITUITA PER:		
□ Prima istituzione □ Esaurimento del documento precedente □ Altri motivi	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
VISITA MEDICA PREVENTIVA		
1-DATI OCCUPAZIONALI DESTINAZIONE LAVORATIVA – MANSIONI		
Fattori di rischio (specificare codifica, descrizione, CAS)		
Tempo di esposizione (giorni/anno)		
La presente Cartella sanitaria e di Rischio è costituita da n pagine. Data/		

IL MEDICO COMPETENTE

IL DATORE DI LAVORO

2-ANAMNESI LAVORA	TIVA Ditta	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		Dipen	dente	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		
3-ANAMNESI FAMILIA					-	•		
4-ANAMNESI PERSONA								
Fumo sigarette al giorno					_			
Caffè al giorno Sonno								
Allergie □nessuna □po Farmaci □ NO □ Si								
Interventi chirurgici								
Altro								
Infortuni – traumi (lavorati								
Invalidità riconosciute (Civ	vile, Inps, Inail	, Ass. Pri	vate)					
Contemporanea esposizion	e pressi altri da	atori di la	voro o attiv	ità profess	ionale auto	onoma Si	[]	ON
Altre notizie utili ai fini ana								
5-PROGRAMMA DI SO	RVEGLIANZ	ZA SANI'	ΓARIA (pr	otocolli, p	eriodicità)		• • • • • • • •	
6-ESAME CLINICO GE			_					
T°C								
		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		•••••		• • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
7-ACCERTAMENTI INT	regrativi	SPECIAL	LISTICI F	/O DI I A	RORATO	RIO		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
(indicare gli accertamenti ese					DOMITO	KIO		
☐ Audiometria alterazion						zzi		
☐ Spirometria alterazion				□ ost				
☐ Screening oculistico a ☐ ECG ☐ Alcol test								
8-VALUTAZIONI CON		_						
relazione ai rischi occupazi								
	,							
9-PROPOSTA GIUDIZIO	O DI IDONEJ	TÁ: □	Idoneo 🗆 1	Non Idone	o □ Idone	eo con le seguen	ti cond	lizioni
Prossima visita tra □ 3 r	nesi \Box 6 m	esi 🗆	1 anno	□ 2 anni	□ 3 anni	□ 5 anni	□	
Il lavoratore dichiara: prendo vis sanitario ai sensi del D.lgs. 101/201 e sul loro risultato, sulle modalità avverso il giudizio di inidoneità part. 41 comma 9 del D.Lgs. 81/08 s.	18 s.m.i Dichiaro di ritiro presso la sarziale o totale del l	di essere stat sede della Sa lavoratore è a	to informato su alute 2000 srl ammesso ricors	l significato d della copia d	legli accertam ella cartella c	enti sanitari cui sono linica all'atto della c	o stato so limission	ottoposto ne, e che
-		_	voratore			Il Medico)	
Data/					• • • • • •			