GIUDIZIO CONCLUSIVO DI VISITA MEDICA

Veroli 04/03/2024

SI ATTESTA CHE IL DIPENDENTE: KHAN MANSOOR

DELLA DITTA: WAL SRL

CON LA MANSIONE DI : MECCANICO

E' STATO SOTTOPOSTO AI SEGUENTI ACCERTAMENTI:

- ☒ Visita Medica mirata
- ☒ Esame Audiometrico con visita Otoscopica
- ☐ Esami Ematochimici per mansione
- ☐ Visio Test
- ☐ Rx Torace
- ☐ Esame Spirometrico
- ☐ Test dipendenza dall'Alcool (C.A.G.E.)
- ☐ Esame Vestibolare
- ☐ E.C.G.
- ☐ Visita Oculistica
- ☒ Es. Funzionale del Rachide
- ☐ Test Tossicologici (provvedimento 99/CU-30/10/2007)

E' STATO SOTTOPOSTO ALLE SEGUENTI VACCINAZIONI:

☐ Vaccinazione antitetanica - Vedasi registro extra cartella ☐ Altre Vaccinazioni: _____

☐ Riferisce: Vaccinazione _____ presso altra struttura Firma _____

E' ESPOSTO AI RISCHI (D. Lgs. 81/08):

- ☒ Rumore
- ☐ Ag. Chimici
- ☐ Campi Elettromagnetici
- ☒ Microclima
- ☐ Ag. Biologici-Tetano
- ☐ Vernici
- ☐ Lavoro notturno
- ☐ Fumi di saldatura
- ☐ Esp. Amianto
- ☐ Radiazioni Ottiche
- ☐ Polveri
- ☒ Patologia Vertebrale
- ☐ VDT
- ☐ Spazi confinati
- ☒ Movimenti Ripetitivi
- ☐ Oli Minerali
- ☒ Movimentazione manuale carichi
- ☐ Ag. Cancerogeni:_____
- ☒ Postura Incongrua
- ☐ Lavori in altezza/lavori sui ponteggi
- ☒ Vibrazioni
- ☐ Benzene
- ☐ Idrocarburi Alifatici
- ☒ Sovraccarico biomeccanico arti superiori

GIUDIZIO DI IDONEITA':

☒ **IDONEO/A,** con l'obbligo all'uso dei mezzi di protezione antinfortunistici individuali

☐ **IDONEO/A** con l'obbligo all'uso delle cuffie od otoprotettori in presenza di rumori > di 80 db e dei dispositivi di protezione antinfortunistici, per mansione specifica

☐ **IDONEO/A con prescrizione** _____

☐ **IDONEO/A con limitazione nel sollevamento dei pesi: max Kg.** _____

☐ **IDONEO AL VDT**

☐ **IDONEO AL VDT CON CORREZIONE LENTI**

☐ **IDONEO LAVORO IN SPAZI CONFINATI**

☐ **EVITARE ECCESSIVI CARICHI LOMBARI**

☐ **IDONEO AL LAVORO NOTTURNO**

☐ **NON IDONEO/A TEMPORANEAMENTE PER** _____

☐ **NON IDONEO/A TOTALMENTE** _____

Periodicità visita: ☒ 1 anno ☐ 2 anni ☐ 5 anni ☐ Visita _____

*Si rammenta che,ai sensi di quanto disposto dell'Art.41 comma9,D,Lgs81 del 09/04/2009 e successive modifiche che avverso tale giudizio è ammesso,ricorso nel termine di 30 giorni dal rilascio della presente,all'organo di vigilanza territoriale competente.

Il medico competente

Dott. Dimitri Fedor
Medicina del Lavoro
Autor.Z. Regione Lazio del 14/09/92

☒ **Del Dipendente:** dichiaro di essere stato informato preventivamente sugli accertamenti clinico strumentali a cui sarò sottoposto e successivamente per iscritto dei relativi risultati e formato sulle norme di pronto soccorso.

☒ **Del Dipendente:** dichiaro di aver ricevuto per iscritto il giudizio conclusivo di visita medica in data odierna

☒ **Del Dipendente:** dichiaro di essere stato informato sui rischi inerenti l'attività dell'Azienda, delle misure di protezione e prevenzione e formato in materia di sicurezza e salute in relazione al proprio posto di lavoro e mansione.

☒ **Del Dipendente:** esprimo il consenso al trattamento e alla comunicazione dei miei dati qualificati come personali dal D. Lgs. 196/2003 art. 13 con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili nei limiti e per le finalità e la durata precisati nell'informativa.

IL LAVORATORE