

STUDIO ASSOCIATO DI MEDICINA DEL LAVORO

GIUDIZIO CONCLUSIVO DI VISITA MEDICA

Data 24.03.16

SI ATTESTA CHE IL DIPENDENTE: CORENI ANACLETO
DELLA DITTA: LAURETTI AUTOMAZIONI INDUSTRIALI S.R.L.
CON LA MANSIONE DI: ELETRICISTA

E' STATO SOTTOPOSTO AI SEGUENTI ACCERTAMENTI:

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Visita Medica mirata | <input checked="" type="checkbox"/> Esame Vestibolare |
| <input checked="" type="checkbox"/> Esame Audiometrico con visita Otoscopica | <input type="checkbox"/> E.C.G. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Esami Ematochimici per mansione | <input type="checkbox"/> Visita Oculistica |
| <input type="checkbox"/> Visio Test | <input checked="" type="checkbox"/> Es. Funzionale del Rachide |
| <input type="checkbox"/> Rx Torace | <input checked="" type="checkbox"/> Test Tossicologici (provvedimento 99/CU-30/10/2007) <u>ALCOOL</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Esame Spirometrico | |

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):

- | | | |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Rumore | <input type="checkbox"/> Esp. Amianto | <input checked="" type="checkbox"/> Movimentazione manuale carichi |
| <input type="checkbox"/> Ag. Chimici | <input type="checkbox"/> Radiazioni Ottiche | <input type="checkbox"/> Ag. Cancerogeni |
| <input type="checkbox"/> Campi Elettromagnetici | <input checked="" type="checkbox"/> Polveri | <input checked="" type="checkbox"/> Postura Incongrua |
| <input checked="" type="checkbox"/> Microclima | <input checked="" type="checkbox"/> Patologia Vertebrale | <input checked="" type="checkbox"/> Lavori in altezza/lavori sui ponteggi |
| <input type="checkbox"/> Ag. Biologici | <input type="checkbox"/> VDT | <input checked="" type="checkbox"/> Vibrazioni |
| <input type="checkbox"/> Vernici | <input checked="" type="checkbox"/> Tossicodipendenze <u>TEST ALCOOL</u> | <input type="checkbox"/> Benzene |
| <input type="checkbox"/> Lavoro notturno | <input type="checkbox"/> Fumi di saldatura | |

GIUDIZIO DI IDONEITA':

- IDONEO/A, non a rischio biologico 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 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 AL LAVORO NOTTURNO EVITARE ECCESSIVI CARICHI LOMBARI
 NON IDONEO/A TEMPORANEAMENTE PER _____
 NON IDONEO/A TOTALMENTE _____
 D.Lgs 81/2008 art. 41 lett. E-TER IDONEO NON IDONEO

Periodicità visita: 1 anno 2 anni 5 anni Visita _____

Il medico competente
Dott. Gagliardi Carlo - Medicina del Lavoro
Autoriz. 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.
 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 R.S.P.P. [Signature]

IL DATORE di LAVORO

[Signature]

IL LAVORATORE

[Signature]