

STUDIO ASSOCIATO DI MEDICINA DEL LAVORO

GIUDIZIO CONCLUSIVO DI VISITA MEDICA

Data 29.03.16SI ATTESTA CHE IL DIPENDENTE: LAURETTI ANDREADELLA DITTA: LAURETTI AUTOMAZIONI INDUSTRIALI S.R.L.CON LA MANSIONE DI: ELETTRICISTAE' STATO SOTTOPOSTO AI SEGUENTI ACCERTAMENTI:☒ Visita Medica mirata☒ Esame Audiometrico con visita Otoscopica☒ Esami Ematochimici per mansione ferroale☐ Visio Test☐ Rx Torace☒ Esame Spirometrico☒ Esame Vestibolare☐ E.C.G.☐ Visita Oculistica☒ Es. Funzionale del Rachide☒ Test Tossicologici (provvedimento 99/CU-30/10/2007) ALCOOLE' 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☐ Vernici☐ Lavoro notturno☐ Esp. Amianto☐ Radiazioni Ottiche☒ Polveri☒ Patologia Vertebrale☐ VDT☒ Tossicodipendenze TEST ALCOOL☐ Fumi di saldatura☒ Movimentazione manuale carichi☐ Ag. Cancerogeni☒ Postura Incongrua☒ Lavori in altezza/lavori sui ponteggi☒ Vibrazioni☐ BenzeneGIUDIZIO 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. _____☐ IDNEOALVDT☐ 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 IDONEOPeriodicità 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. [firma]IL DATORE DI LAVORO [firma]IL LAVORATORE [firma]