

STUDIO ASSOCIATO DI MEDICINA DEL LAVORO

GIUDIZIO CONCLUSIVO DI VISITA MEDICA

Data 24.03.16

SI ATTESTA CHE IL DIPENDENTE:

MARECCIA ENZO

DELLA DITTA:

LAURETTI AUTOMAZIONI INDUSTRIALI S.R.L.

CON LA MANSIONE DI:

ELETTRICISTAE' STATO SOTTOPOSTO AI SEGUENTI ACCERTAMENTI:

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

- | | | |
|---|--|---|
| ☒ Rumore | ☐ Esp. Amianto | ☒ Movimentazione manuale carichi |
| ☐ Ag. Chimici | ☐ Radiazioni Ottiche | ☐ Ag. Cancerogeni |
| ☐ Campi Elettromagnetici | ☒ Polveri | ☒ Postura Incongrua |
| ☒ Microclima | ☒ Patologia Vertebrale | ☒ Lavori in altezza/lavori sui ponteggi |
| ☐ Ag. Biologici | ☐ VDT | ☐ Vibrazioni |
| ☐ Vernici | ☒ Tossicodipendenze <u>TEST ALCOOL</u> | ☐ Benzene |
| ☐ Lavoro notturno | ☐ 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. [firma]IL DATORE DI LAVORO [firma]IL LAVORATORE [firma]