

STUDIO ASSOCIATO DI MEDICINA DEL LAVORO

GIUDIZIO CONCLUSIVO DI VISITA MEDICA

Data 24.03.16

SI ATTESTA CHE IL DIPENDENTE: PALOMBI LUCIANO

DELLA DITTA: LAURETTI AUTOMAZIONI INDUSTRIALI SRL

CON LA MANSIONE DI: IMPIEGATO TECNICO

E' STATO SOTTOPOSTO AI SEGUENTI ACCERTAMENTI:

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Visita Medica mirata                     | <input 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 type="checkbox"/> Test Tossicologici ( provvedimento 99/CU-30/10/2007) |
| <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 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 type="checkbox"/> Lavori in altezza/lavori sui ponteggi |
| <input type="checkbox"/> Ag. Biologici          | <input type="checkbox"/> VDT                             | <input type="checkbox"/> Vibrazioni                            |
| <input type="checkbox"/> Vernici                | <input type="checkbox"/> Tossicodipendenze               | <input type="checkbox"/> Benzene                               |
| <input type="checkbox"/> Lavoro notturno        | <input type="checkbox"/> Fumi di saldatura               |  |

GIUDIZIO DI IDONEITÀ:

- 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 ALVDT       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]