

## VISITA MEDICA

☐ Periodica

motivazione:

☐ Straordinaria☐ cambiamento☐ controllo cessazione inidoneità☐ su richiesta (specificare da chi) .....☐ eventi accidentali .....☐ fine rapporto di lavoro o altri motivi .....

## 1. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variaz. destinazione lavorativa o mansione .....

Eventuale uso di dispositivi di protezione personale .....

Fattori di rischio (specificare quali) (2) .....

Tempo di esposizione giorni/anno .....

Note:

1) Questa sezione va compilata in caso di variazione rispetto all'ultima visita medica con i dati forniti dal datore di lavoro (indicare n° degli allegati).

2) Per gli agenti cancerogeni indicare anche il numero CAS, il tipo (sostanza, preparato o processo di cui all'allegato VIII D.Lgs. 626/94 e il valore dell'esposizione.

## 2. ANAMNESI INTERCORRENTE

Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi) .....

Riconoscimenti di invalidità .....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma (indicare gli agenti) ☐ no☐ sìPer presa visione  
il lavoratore

## 3. Esame obiettivo (con particolare riferimento ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

4. Accertamenti integrativi – specialistici e/o di laboratorio – (indicare gli accertamenti eseguiti e riportate il n° di riferimento dei referti allegati)