

VISITA MEDICA

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Periodica | <input type="checkbox"/> Straordinaria |
| motivazione: | <input type="checkbox"/> cambiamento |
| | <input type="checkbox"/> controllo cessazione inidoneità |
| | <input type="checkbox"/> su richiesta (specificare da chi) |
| | <input type="checkbox"/> eventi accidentali |
| | <input type="checkbox"/> 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

si

Per 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)