



U.O.C. SICUREZZA SUL LAVORO
Istituto per la Sicurezza Sociale



San Marino, 15/01/ 2016/1715 d.f.R
Prot. n. 352 /DSL/M1/2016

U.O.S. Medicina e Igiene del lavoro

Spett. Direzione Ufficio di Collocamento

Spett. U.O.S. Sorveglianza Sanitaria

Spett. Segreteria di Stato per il Lavoro,
Cooperazione e Informazione

Spett. ANIS

Spett. OSLA

Spett. UNAS

Spett. USOT

Spett. USCT

Spett. CSU

Spett. USL

=LORO SEDI=

Oggetto: Modifica allegato circolare n.2/2014 "visite preassuntive".

Con la presente si trasmette l'allegato modificato alla circolare n.2/2014 avente come oggetto **"Aggiornamento e specifiche sulla circolare n.2/2011 "circolare applicativa dell'art. 8 del D. L. 05 ottobre 2011 n.156 "Visite preassuntive"**

Si resta a disposizione per ulteriori informazioni o chiarimenti del caso e si coglie l'occasione per inviare distinti Saluti

Il Responsabile UOS
Medicina ed Igiene del Lavoro
Dott. Riccardo Guerra

Il Direttore del Dipartimento
Dott. Riccardo Guerra



REPUBBLICA DI SAN MARINO

Sede legale del Dipartimento Prevenzione

Via Scialoja 20
47893 Borgo Maggiore
Repubblica di San Marino

Sede tecnica del Dipartimento Prevenzione

Via La Toscana 3
47893 Borgo Maggiore
Repubblica di San Marino
T. +378 (0549) 994505 - F +378 (0549) 994355
e-mail info.dp@iss.sm
www.salute.sm

Sede distaccata UOS Sanità Veterinaria

e Igiene Alimentare
Strada del Lavoro 29
47892 Gualdicciolo
Repubblica di San Marino
T. +378 (0549) 904614 - F +378 (0549) 953965

INTESTAZIONE DELL'AZIENDA

Direzione

UFFICIO del LAVORO

Responsabile

U.O.S. Medicina e Igiene del Lavoro

Sedi

AUTOCERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA

“Dichiarazione del Datore di Lavoro di attività lavorativa che non comporta per il lavoratore esposizione a rischi lavorativi”

Il datore di lavoro _____

dell'impresa _____ Cod. Op. Economico _____

tipologia di produzione: _____

Indirizzo: _____ Loc.: _____ Tel.: _____

Dichiara

che in seguito alla valutazione dei rischi, predisposta sulla base di quanto previsto all'articolo 6 della Legge 18 Febbraio 1998 n. 31, nell'ambito dell'attività lavorativa svolta, il/la lavoratore/lavoratrice neoassunto/a

Signor/Signora: _____

nato/a a _____ il _____ Cod.I.S.S.: _____

addetto alla mansione di: _____

non risulta esposto attualmente a rischi lavorativi.

Consapevole del contenuto della dichiarazione di cui sopra e delle eventuali conseguenze sanzionatorie previste dalla Legge n.31/98, si conferma l'assenza di rischi lavorativi per i quali è necessario l'effettuazione della visita medica e del conseguente rilascio dell'idoneità alla mansione specifica.

San Marino

Timbro e Firma