

MODULO A: ACCERTAMENTI SANITARI PREVENTIVI "art. 3 D.R. 19 maggio 1998 N° 68"

Il/la sottoscritto/a

in rappresentanza della Ditta _____ Cod. Op. Ec. _____

tipologia di produzione: _____

indirizzo: _____ Tel. _____

Comunica la richiesta di assunzione del/della:

Sig./Sig.ra _____ Cod. ISS _____

nato/a a _____ il _____ Tel. _____

Residenza: Via/Piazza/Strada _____

con la **Mansione** di: _____

che prevede i seguenti compiti lavorativi (descrizione dei compiti lavorativi, con indicazione degli strumenti, macchinari, materiali e sostanze utilizzate): _____

Sulla base di quanto previsto all'articolo 6, punto 1 e punto 4 della Legge 18 Febbraio 1998 N° 31 si comunicano al Medico del Lavoro le seguenti informazioni:

fattori di rischio professionali a cui il/la lavoratore/trice è esposto/a nell'esecuzione della propria mansione (barrare la casella **SI/NO** interessata)

A fattori di rischio fisico:

Rumore: SI NO livello di pressione sonora a cui presumibilmente esposto: **dB (A)** _____

Vibrazioni: localizzate agli arti SI NO; interessanti tutto il corpo: SI NO per ore _____

Radiazioni: ionizzanti SI NO; non ionizzanti (raggi infrarossi, ultravioletti) SI NO per ore _____

Clima/Microclima: esposizione a temperature elevate SI NO basse SI NO umidità SI NO

B fattori di rischio chimico:

il lavoratore è esposto a sostanze chimiche: SI NO (indicare i principali componenti chimici e le quantità utilizzate):

modalità d'esposizione (**cutanea/inalazione**) _____

(segue)

(segue) B fattori di rischio chimico:

il lavoratore è esposto a **polveri-fumi-gas-vapori**: **SI** **NO** (indicarne la tipologia e la quantità presente nell'ambiente): _____

C fattori di rischio movimentazione manuale carichi, ergonomia: posture incongrue

il lavoratore deve **sollevare pesi**: minimo Kg _____ medio Kg _____ massimo Kg _____

con una frequenza media di: _____

il lavoratore esegue **movimenti ripetitivi**: **SI** **NO** parte del corpo interessata _____

descrizione della posizione di lavoro: _____

D operatore **videoterminale**: **SI** **NO** l'attività al videoterminale è di circa _____ ore/sett.

E esposizione al rischio **biologico**: **SI** **NO** indicare quali: _____

F esposizione a sostanze **cancerogene**: **SI** **NO** gruppo di appartenenza H 350 H 350i H 351

G lavoro in quota: **SI** **NO** **H** lavoro in solitario: **SI** **NO** **I** lavoro notturno: **SI** **NO**

Data _____ **Firma e Timbro del Datore di Lavoro** _____

Nota: nel caso in cui le informazioni fornite non siano sufficienti o chiare per comprendere l'esposizione ai rischi professionali, per applicare il protocollo sanitario e certificare l'idoneità alla mansione specifica, il Medico del Lavoro dovrà effettuare un attento sopralluogo in azienda, con conseguenti ritardi sulla evasione della pratica.

STORIA LAVORATIVA (elencare tutti i lavori eseguiti indicando i periodi, le mansioni e le aziende)

Dal	/	al	Lavoro/i e mansione eseguito/i	Nome azienda/località

Data _____ **Firma del/lla lavoratore/trice** _____