

**MODULO C: ACCERTAMENTI SANITARI PREVENTIVI, PERIODICI E STRAORDINARI**  
(Legge 31/98 e D.R. applicativi Accordo Governo - O.O.S.S. 24/11/05)Il/la sottoscritto/a **Dirigente** \_\_\_\_\_

Ufficio/Servizio \_\_\_\_\_ C.O.E. \_\_\_\_\_

con sede in Via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

richiede una visita

 **Preventiva**     **Straordinaria**     **Periodica**     **Per cambio mansione**

per il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Cod. I.S.S. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Qualifica/mansione \_\_\_\_\_

Settore/Reparto/Servizio \_\_\_\_\_

Esposizione a rischi per la salute (come indicati nel DVR): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 **Fisico**     **Chimico**     **Biologico**     **Biomeccanico**     **VDT**

Timbro e firma \_\_\_\_\_