

Sig. _____

Data di nascita _____

Azienda _____

Data _____

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA

(originale per il datore di lavoro)

MANSIONE _____

in base alla:

- PRIMA VISITA
- VISITA PERIODICA
- VISITA SU RICHIESTA
DEL LAVORATORE
- VISITA CAMBIO DI MANSIONE
- VISITA CESSAZIONE
RAPPORTO DI LAVORO
- ALTRO

RISCHI:

- Lavori in altezza
- Lavoro notturno
- Legge 131/03 (Stupefacenti)
- Microclima
- Movimentazione manuale di carichi
- Polveri
- Postura
- Radiazioni I.R.
- Radiazioni U.V.
- Rischio Chimico
- Rumore
- VDT
- Vibrazione mano braccio
- Vibrazioni a tutto corpo
- Altro

è risultato:

- idoneo non idoneo (permanentemente temporaneamente fino a _____)
- idoneo con le seguenti condizioni (prescrizioni limitazioni) _____

da sottoporre al prossimo controllo il _____

previa esecuzione dei seguenti accertamenti _____

Il lavoratore ha verificato la corretta espressione dei dati anamnestici. È stato inoltre informato circa il significato ed i risultati della sorveglianza sanitaria.

Avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'Organo di vigilanza territoriale competente, ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs. 81/08, entro il termine di 30 giorni.

Data _____

Trasmissione giudizio al lavoratore

Firma lavoratore

Data _____

Trasmissione giudizio al datore di lavoro

Il medico competente