

Sig. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

## VISITA MEDICA

PERIODICA

STRAORDINARIA

motivazione:

idoneità alla mansione specifica

fine rapporto di lavoro

cambio di mansione

altro \_\_\_\_\_

su richiesta del Lavoratore

1. Dati occupazionali <sup>(1)</sup>  non si segnalano variazioni rispetto alla visita precedente  altro  vedi allegato \_\_\_\_\_

Variazione destinazione lavorativa o mansione \_\_\_\_\_

Fattori di rischio

Valori

Esposizione:  
giorni/anno

Fattori di rischio

Valori

Esposizione:  
giorni/anno

Lavori in altezza / quota

Lavoro notturno

Legge 131/03

Microclima

Movimentazione manuale di carichi

Movimenti ripetitivi arti superiori

Polveri

Postura

Radiazioni I.R.

Radiazioni U.V.

Rischio Chimico

Rumore (Lex<sub>(8h)</sub>)

VDT

Vibrazioni mano braccio

Vibrazioni a tutto il corpo

Altro

Eventuale uso di dispositivi di protezione personale:  otoprotettori  maschera protettiva  guanti  altro: \_\_\_\_\_

2. Anamnesi intercorrente  non si segnalano variazioni rispetto alla visita precedente  altro: \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici - Infortuni - Traumi (lavorativi o extralavorativi)  no  si

Variazioni riconoscimenti di invalidità:  no  si Percentuale: \_\_\_\_\_%

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma (indicare gli agenti)  no  si

Per presa visione, per conferma della veridicità di quanto dichiarato, per informazione sui rischi specifici da parte del Medico competente, per autorizzazione al trattamento dei dati sanitari ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e per ricevuta degli accertamenti sanitari:

Il Lavoratore \_\_\_\_\_

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)

3. Esame obiettivo:  nessuna modifica rispetto alla visita precedente

Peso (Kg.): ..... Altezza (cm): ..... P.A. (mmHg): ..... F.C.: ..... b/min. RITMICO  no  si

altro

4. Accertamenti integrativi specialistici e/o di laboratorio (indicare gli accertamenti eseguiti ed il n° di riferimento dei referti visti ed allegati)

Audiometria:  normale  alterato allegato n° .....

Spirometria:  normale  alterato allegato n° .....

ECG:  normale  alterato allegato n° .....

Esame visivo:  normale  alterato allegato n° .....

Ematochimici-esame urine:  normale  alterato allegato n° .....

Legge 131/03:  normale  alterato allegato n° .....

Val. Rachide:  normale  alterato allegato n° .....

5. Valutazioni conclusive (dai dati clinico anamnestici e dai risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali).

buone condizioni cliniche  altro .....

15. Giudizio di idoneità

idoneo  non idoneo ( permanentemente -  temporaneamente fino a .....)

idoneo con le seguenti condizioni ( prescrizioni -  limitazioni) .....

Da sottoporre a prossimo controllo il .....

Data .....

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.

Il lavoratore per presa visione

Il medico competente