

Spett.le ASL Roma I ex A.S.L. Roma A  
 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
 U.O.C S.PRES.A.L.  
 U.O.S. SISTEMI INFORMATIVI INFORTUNI E  
 MALATTIE PROFESSIONALI -VISITE MEDICHE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, titolare della ditta \_\_\_\_\_  
 con sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 vi invia il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ affinché  
 venga sottoposto/a a visita medica prevista dall' art. 41 comma 2bis D.Lgs 81/08.

**Il lavoratore, assegnato alla sede lavorativa in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_**  
**tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_, dovrà svolgere le seguenti attività**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**In particolare sarà addetto/a a:**

- saldatura  no  si tipo \_\_\_\_\_
- verniciatura  no  si tipo \_\_\_\_\_
- uso di strumenti vibranti  no  si tipo \_\_\_\_\_
- conduzione macchinari  no  si tipo \_\_\_\_\_
- mezzi di sollevamento  no  si tipo \_\_\_\_\_
- lavoro in altezza (> 2 mt)  no  si tipo \_\_\_\_\_
- movimentazione carichi  no  si tipo \_\_\_\_\_
- lavoro notturno  no  si → orario \_\_\_\_\_
- videoterminali (pc)  no  si → 20 ore settimanali o più:  no  si
- **altro** \_\_\_\_\_

**Sostanze chimiche presenti nel ciclo lavorativo:**

- 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

**Lavorazioni che espongono a:**

- rumore:  no  si **L<sub>EX</sub>** \_\_\_\_\_
- rischio biologico:  no  si tipo \_\_\_\_\_

Mezzi di protezione personale in dotazione: \_\_\_\_\_

Giorni (della settimana) lavorativi: \_\_\_\_\_

Orario di lavoro: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

Il Responsabile della ditta  
 (Timbro con **P.IVA** e Firma)