

**ALL. MOD. 1 di richiesta visita**

DATA .....

Al Dott. /Dott.ssa  
Medico Competente .....

Richiesta di visita medica:	<input type="checkbox"/> Preventiva	<input type="checkbox"/> Periodica	<input type="checkbox"/> Cambio mansione
	<input type="checkbox"/> Assenza per motivi di salute superiore a 60 giorni continuativi	<input type="checkbox"/> fine rapporto (esposti a rischio da agenti cancerogeni e/o mutageni, rischio biologico gruppi 3 e 4, R.I.)	<input type="checkbox"/> Altro

Per il dipendente:

• **COGNOME E NOME** .....

**DATI OCCUPAZIONALI**

UNITA' OPERATIVA.....

PROFILO PROFESSIONALE/ MANSIONE.....

COMPITI SVOLTI.....

.....

**Modalità di esecuzione dei Compiti**    Turnazioni    n. turni notturni/mese     
Reperibilità

Guida di autovetture di servizio    Servizio esterno

**Rischi lavorativi riconosciuti per le attività svolte**

**ESPOSIZIONE A RISCHIO BIOLOGICO** (assistenza pazienti- uso strumenti chirurgici – manipolazione e analisi di materiale biologico- manipolazione vetreria – pulizia e sterilizzazione strumentazione chirurgica e diagnostico – manipolazione rifiuti – attività necroscopica)

**MOVIMENTAZIONE PAZIENTI / CARICHI**

**ESPOSIZIONE AD AGENTI CHIMICI** (manipolazione antiblastici - esposizione ad anestetici volatili – uso di disinfettanti – uso di glutaraldeide – sterilizzanti chimici – prodotti per la pulizia – prodotti per bonifica ambientale)

**ESPOSIZIONE A RADIAZIONI IONIZZANTI**

**ESPOSIZIONE AD AGENTI FISICI** (rumore – ultrasuoni – vibrazioni meccaniche – campi EM – radiazioni ottiche artificiali – atmosfere iperbariche – esposizioni a polveri e fumi ambientali)

**ESPOSIZIONE A VIDEOTERMINALI** (specificare n. ore settimanali) .....

**LAVORO NOTTURNO** (indicare orario e periodicità mensile).....

**Eventuali riferimenti al DVR**.....

.....

Firma del Datore di Lavoro

Modulistica informativa al trattamento dei dati

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
viene informato **che i dati personali vengono raccolti in base agli obblighi previsti dalla legge** (D.Lgs.vo n. 81/2008, Dlgs 230/95 e successive modifiche) e comunque al fine di salvaguardare la salute e l'incolumità fisica del lavoratore e che tali dati sono qualificati come dati personali ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (Dlgs. n. 196/2003).

1) La informiamo, pertanto, **che tali dati verranno trattati con il supporto di mezzi cartacei e informatici** per effettuare, in conformità alle norme di legge, la sorveglianza sanitaria prevista dalla normativa sopraccitata.

2) **Il conferimento dei dati è obbligatorio** per l'attuazione degli obblighi previsti dalla normativa sopraccitata, e pertanto l'eventuale rifiuto a fornirli, in tutto o in parte, può dar luogo all'impossibilità per il medico competente di svolgere i compiti affidatigli dal datore di lavoro in conformità agli stessi decreti legislativi.

3) Ferme restando le comunicazioni agli organi sanitari e di controllo competenti eseguite in adempimento di specifici obblighi di legge, **l'esito complessivo, riferito all'idoneità alla mansione, verrà comunicato per iscritto al datore di lavoro ed allo stesso dipendente interessato.**

Relativamente ai dati medesimi potrete esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del d.lgs.vo n. 196/2003 (di cui viene allegata copia) nei limiti ed alle condizioni previste dagli articolo 8, 9 e 10 del citato decreto legislativo;

4) Il sottoscritto medico competente potrà trattare **dati che la legge definisce "sensibili"** in quanto idonei a rilevare lo stato di salute nell'espletamento dei compiti assegnati dal d.lgs.vo n. 81/2008, e specificatamente nell'effettuazione di:

- accertamenti preventivi sull'idoneità alla mansione specifica;
- accertamenti periodici per controllare lo stato di salute del dipendente ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica;

5) Tutti i dati predetti verranno conservati sotto la esclusiva e diretta responsabilità dello stesso medico competente mediante l'istituzione di una cartella sanitaria e di rischio custodita presso il datore di lavoro.

6) **Alla risoluzione del rapporto di lavoro** documentazione relativa alla cartella sanitaria, completa degli allegati, verrà consegnata al dipendente, che ne dovrà curare la tenuta;

7) nei casi previsti dalla normativa vigente(1) la cartella verrà inviata in originale all'ente competente.

Firma del medico competente

.....

\*\*\*\*\*

Il sottoscritto in calce identificato dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo n. 196/2003, unitamente a copia dell'art. 7 della Legge medesima, ed esprime il consenso (3) al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dal citato decreto con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Data .....

Firma del lavoratore