

ANNO _____

Al fine di poter definire il protocollo di sorveglianza sanitaria ai sensi del t.u. 81/08 siamo a richiedere la compilazione obbligatoria delle seguenti informazioni:

MANSIONE: _____
(compilare ed anticipare via mail o fax un foglio per ogni mansione ed elencare in fondo alla pagina i relativi dipendenti)

RISCHI PRESENTI

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rumore Lep, d _____ | <input type="checkbox"/> Movimentazione Manuale di Carichi (indice di movimentazione e/o sollevamento) _____ |
| <input type="checkbox"/> Polveri/fumi di saldatura _____ | <input type="checkbox"/> Movimenti ripetuti arti superiori (indice ocra) _____ |
| <input type="checkbox"/> Mano-braccio (valore: _____) | <input type="checkbox"/> Amianto |
| <input type="checkbox"/> Vibrazioni | <input type="checkbox"/> Lavori in quota |
| <input type="checkbox"/> corpo intero (valore: _____) | <input type="checkbox"/> Postura |
| <input type="checkbox"/> Agenti chimici: (indicare quali) | <input type="checkbox"/> Impegno visivo |
| _____ | <input type="checkbox"/> Lavoro notturno |
| _____ | <input type="checkbox"/> Sbalzi microclimatici |
| _____ | <input type="checkbox"/> Agenti biologici: |
| <input type="checkbox"/> R.O.A. (radiazioni ottiche artificiali) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Stress lavoro correlato: | _____ |
| <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> non presente | _____ |
| <input type="checkbox"/> Agenti cancerogeni _____ | N° CAS _____ |
| | N° CAS _____ |

Tempo di esposizione (giorni/anno) _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Usi automezzi patente C-D-E- | <input type="checkbox"/> Patenti speciali _____ |
| <input type="checkbox"/> Usi muletti | <input type="checkbox"/> Usi macchine movimento terra |
| <input type="checkbox"/> Guida piattaforme aeree | |

Elenco nominativo dipendente/i con la stessa mansione:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

IL DATORE DI LAVORO
(TIMBRO E FIRMA)
OBBLIGATORIO