

Il sottoscritto.....  
Titolare della ditta .....che opera nel  
settore..... con n. totale di dipendenti.....  
dei quali n.....minori, con sede legale in.....  
Via.....CAP.....e sede lavorativa  
in..... Via.....  
Tel.....Fax .....

**Vi invia il Sig.** ..... nato il .....  
affinché venga sottoposto a visita medica prevista da:

Legge 977/67, “*Tutela del lavoro dei fanciulli e degli adolescenti*” (art. 8 e 9) come modificati dal  
D.Lgs. 345/99 e successivi;

Il minore verrà adibito alla mansione di .....  
In particolare dovrà svolgere le seguenti attività.....

Il sottoscritto dichiara che ai sensi della vigente normativa tale mansione non è soggetta all’obbligo  
di sorveglianza sanitaria da parte del medico competente in quanto priva di rischi lavorativi.

Dichiara quindi di essere a conoscenza:

- del divieto di adibire i minori di anni 18 alle lavorazioni, ai processi e ai lavori indicati  
nell’allegato I del D.Lgs 345/99;
- che l’attività non va svolta in orario notturno;
- che il lavoro deve essere svolto nel rispetto delle condizioni di sicurezza e salvaguardia della  
salute come previsto dalla vigente normativa;
- che gli esercenti la patria potestà vanno resi edotti circa le modalità di svolgimento del  
lavoro, i rischi, l’uso di eventuali mezzi di protezione, etc.

Giorni lavorativi:\_\_\_\_\_Orario di lavoro\_\_\_\_\_

Dichiara, infine, di essere a conoscenza che le prestazioni (sui minorenni) ai sensi dell’art.8 comma  
3 Legge 977/67, come modificato dal 345/99 e dell’art.2 del D.Lgs. 262/2000 sono effettuate “*a  
cura e spese del datore di lavoro*”.

P.IVA:\_\_\_\_\_

DATA\_\_\_\_\_

Il Responsabile della ditta  
(Timbro e Firma)