

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_{EX}** _____
- 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)