

CERTIFICATO DI IDONEITÀ

REPARTO.....
MANSIONE TITOLARE
RISCHI LAVORATORE
per nec. pure
COGNOME E NOME CUARINO TORRADO
DATA DI NASCITA 22/02/1970
AZIENDA SEPO EDIL SRL

ACCERTAMENTI ESEGUITI:

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> VISITA MEDICA PREVENTIVA | <input checked="" type="checkbox"/> FUNZIONALITÀ RESPIRATORIA | <input type="checkbox"/> POTENZIALI EVOCATI Uditivi |
| <input type="checkbox"/> VISITA MEDICA PERIODICA | <input type="checkbox"/> E.C.G. | <input type="checkbox"/> ESAMI DI LABORATORIO |
| <input type="checkbox"/> VISITA SU RICHIESTA DEL LAVORATORE | <input type="checkbox"/> RX TORACE | <input type="checkbox"/> VISITA OCULISTICA |
| <input type="checkbox"/> VISITA MEDICA PER CAMBIO MANSIONE | <input type="checkbox"/> TEST REAZIOMETRICO | <input type="checkbox"/> VISITA |
| <input checked="" type="checkbox"/> AUDIOMETRIA | <input type="checkbox"/> IMPEDENZOMETRIA | <input type="checkbox"/> |

GIUDIZIO CONCLUSIVO: relativamente agli accertamenti eseguiti al Lavoratore viene riconosciuta:

- IDONEITÀ ALLA MANSIONE
- IDONEITÀ PARZIALE PERMANENTE TEMPORANEA SINO A CON PRESCRIZIONI O LIMITAZIONI
- NON MOVIMENTAZIONE MANUALE di CARICHI
- CRANIO
-
- IDONEITÀ TEMPORANEA SINO A
- IDONEITÀ PERMANENTE ALLA MANSIONE

Da sottoporre a nuova visita medica entro mesi 12 previa esecuzione dei seguenti accertamenti:

VACCINAZIONE DA REGOLARIZZARE NO SI

Data effettuazione visita medica: 29/08/2017 è stata eseguita il

Data di espressione del giudizio di idoneità 29/08/2017
Il Medico Dot.ssa Lanfradini Simona
MEDICO CHIRURGO
SPEC. IN MEDICINA DEL LAVORO

Il Lavoratore dichiara di essere a conoscenza che può ricorrere avverso i giudizi del Medico Competente, entro 30 giorni dalla comunicazione del giudizio stesso e presentare all'organo di vigilanza competente per territorio, che può disporre conferma, modifica o revoca. (D.Lgs 81/2008 art. 41 comma 9).

Il Lavoratore conferma inoltre che quanto riferito al Medico corrisponde al vero e si impegna inoltre ad informarlo, in futuro, su ogni variazione del proprio stato di salute, dichiara di essere stato informato sulla natura dei rischi della mansione specifica nonché sul significato dei controlli sanitari, sia preventivi che periodici a cui deve sottoporsi autorizzando in proposito Medico a sottoporlo a tali accertamenti; conferma di aver ricevuto comunicazione delle annotazioni individuali contenute nel registro e nella cartella sanitaria e di rischio; dichiara di aver ricevuto copia degli accertamenti sanitari e del certificato di idoneità lavorativa alla mansione specifica; dichiara di essere stato informato sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione delle attività comportanti l'esposizione a cancerogeni, radiazioni ionizzanti o a rischio chimico non moderato.

Il lavoratore dichiara inoltre di essere stato informato sui diritti di cui la Legge 196/03 concernente la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Esprime pertanto il consenso al trattamento dei propri dati personali, autorizzandone anche la trasmissione ad Enti (AUSL, INAIL, ISPESL...) che eventualmente li richiedessero sempre nel rispetto del segreto professionale.

Firma del lavoratore per presa visione e consegna copia del giudizio di idoneità Il Datore di Lavoro Giuseppe

(la trasmissione del giudizio di idoneità al Datore di lavoro è effettuata a mezzo firmato il 29/08/2017
data trasmissione del giudizio di idoneità al lavoratore