

**RICHIESTA DI VISITA MEDICA PREVENTIVA O PERIODICA**  
**Per lavoratori minorenni (L. 977/67, D.Lgs 345/99 e s.m.i.) ed apprendisti (L. 25/55)**

Spett.le A.S.L. BI - BIELLA

Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di lavoro

Via Don Sturzo n° 20 - Biella Tel 015/3503655-Fax 015/8495222

Via XXV Aprile n° 4 – Cossato Tel 015/9899711-Fax 015/926030

La ditta \_\_\_\_\_ con sede legale in via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_

Unità Operativa dove il lavoratore presterà la sua opera: Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_, richiede l'esecuzione della visita

medica per il riconoscimento dell' idoneità all'attività lavorativa di:

\_\_\_\_\_

per il Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente/domiciliato a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**a tal fine, il datore di lavoro dichiara sotto la propria responsabilità:**

NOTIZIE DI CARATTERE GENERALE

**A) Numero complessivo dei dipendenti** (comprensivo dei soci e dei titolari per le attività artigianali): \_\_\_\_\_

di cui: impiegati n° \_\_\_\_\_ operai n° \_\_\_\_\_ minori e apprendisti n° \_\_\_\_\_

**B) Tipo di attività dell'azienda:** descrivere brevemente il ciclo lavorativo, indicando le materie prime, le macchine e gli strumenti utilizzati, sino al raggiungimento del prodotto finito (in considerazione della complessità del ciclo produttivo è possibile allegare una breve relazione descrittiva):

\_\_\_\_\_

**C) Modalità di utilizzo delle sostanze** di comune impiego nei cicli produttivi o comunque presenti nell'ambiente di lavoro specificando la denominazione chimica, il nome commerciale e l'etichettatura ai sensi della vigente normativa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOTIZIE DI CARATTERE SPECIFICO

**D) Descrizione della mansione cui sarà adibito il lavoratore con riferimento ad operazioni ed attività svolte:**

---

---

---

**E) in relazione alla mansione sopra indicata e sulla base della valutazione dei rischi effettuata ai sensi della normativa vigente, il lavoratore sarà esposto ai seguenti rischi:**

---

---

---

**1) Descrivere le misure di prevenzione e di protezione ed i dispositivi di protezione individuale adottati in conseguenza della valutazione di cui al punto E):**

---

---

**F) Nominativo medico competente (qualora previsto):**

Telefono

---

Si raccomanda una accurata compilazione del presente modulo; le domande che a giudizio del Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro non permettono una adeguata valutazione dell'attività e dei rischi lavorativi verranno respinte. Si ricorda che la comunicazione dei dati inerenti alle lavorazioni svolte ed alle sostanze impiegate è prevista dalla Legge 833/78 art. 20 comma d); i dati vincolati al segreto industriale sono coperti dal segreto d'ufficio.

**Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite sono veritiere e si impegna a pagare l'importo che gli verrà addebitato dall'ASL secondo tariffario Regionale.**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

**Parte riservata all'ufficio**

Vista del \_\_\_\_\_

Conclusioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IL MEDICO