

**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)** **PORTARE L'ORIGINALE AL MOMENTO DELLE VISITE**

**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) ..<br>.....                        |
| <input type="checkbox"/> Vibrazioni                                     | <input type="checkbox"/> Amianto  |
| <input type="checkbox"/> Mano-braccio (valore:.....)                    | <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"/> R.O.A. (radiazioni ottiche artificiali).....   |   |
| <input type="checkbox"/> Stress lavoro correlato:                       | <input type="checkbox"/> Sbalzi microclimatici  |
| <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> non presente | <input type="checkbox"/> Agenti biologici:  |
|   | _____   |
|   | _____   |
|   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Agenti cancerogeni _____                       | N° CAS _____  |
|   | N° CAS _____  |
| Tempo di esposizione (giorni/anno) _____                                |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Uso automezzi patente C-D-E-</b>            | <input type="checkbox"/> <b>Patenti speciali</b> _____  |
| <input type="checkbox"/> <b>Uso muletti</b>                             | <input type="checkbox"/> <b>Uso macchine movimento terra</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Guida piattaforme aeree</b>                 |   |

**Elenco nominativo dipendente/i con la stessa mansione:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**IL DATORE DI LAVORO  
(TIMBRO E FIRMA)  
OBBLIGATORIO**