



**EL.BE SRL**

*Divisione Medicina del Lavoro - Formazione*

**Largo Vittorio Veneto, 30 - 24029 Vertova (BG)**

**Tel: 03519785520 Email: segreteria@medicinalavoroelbe.com**

Spett.le

ISTITUTO COMPRENSIVO DI GANDINO

Via Battisti, 1

24024 GANDINO (BG)

Vertova, 15 gennaio 2026

**Oggetto: TARIFFARIO SERVIZIO DI MEDICINA DEL LAVORO**

|                                                                                                             |         |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|
| <b>VISITA MEDICA</b> (periodica, preventiva, a richiesta, visita di rientro malattia/infortunio sup. 60gg.) | € 45,00 | cad.    |
| <b>ERGOVISION</b> per Impiegati                                                                             | € 24,00 | cad.    |
| <b>ESAME SPIROMETRICO</b>                                                                                   | € 16,00 | cad.    |
| <b>BOCCAGLIO MONOUSO ANTIVIRALE ANTIBATTERICO PER SPIROMETRE</b>                                            | € 3,00  | cad.    |
| <b>VACCINO ANTITETANICO</b> (al bisogno) o TENA TEST                                                        | € 25,00 | cad.    |
| <b>SOPRALLUOGO a sede</b>                                                                                   | € 80,00 | annuale |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------|
| Nomina Medico Annuale, assistenza annuale, direzione sanitaria per tutto l'anno per problematica inerente contatti e relazioni con ATS di competenza, adeguamento al nuovo d.l. n. 81/08, invio telematico flussi dati ad Inail/ASST di competenza con i dati anonimi collettivi delle visite ed esami eseguiti | € 500,00 | annuale |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------|

**Prestazioni extra**

|                                                                                                                                                                                                  |         |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|
| PRESTAZIONI/CONSULENZE DEL MEDICO COMPETENTE STRAORDINARIE, ESCLUSE LE VOCI SOPRACITATE ( Riunione Annuale, Riunioni Comitato Covid, Riunioni a richiesta ATS, consulenza stesura DVR, ecc ecc.) | € 80,00 | ORA O PRESTAZIONE |
| DENUNCIA MALATTIA PROFESSIONALE                                                                                                                                                                  | € 80,00 | cad.              |
| COPIA CARTELLA SANITARIA RICHIESTA DA LAVORATORE                                                                                                                                                 | € 15,00 | cad.              |

\* l'importo è esente IVA ai sensi dell'art. 10, c.1, n.18, DPR 633/72

Si precisa che potrebbero essere inseriti eventuali accertamenti, a seguito dell'analisi della valutazione del Documento di Valutazione dei Rischi da parte del Medico Competente.

In attesa di un Vostro gentile riscontro, restiamo a Vostra disposizione per eventuali chiarimenti

TIMBRO E FIRMA AZIENDA  
PER **ACCETTAZIONE LISTINO**

Il direttore sanitario

**Dott. SERGIO FRANCESCO**  
Medico Chirurgo  
Specialista Medicina del Lavoro  
Piazza Vittorio Veneto, 29  
24029 Vertova (BG)  
N° Iscr. Albo Medici Prov. BG 3696  
N° Id. Iscr. Med. Competenti  
Regione Lombardia 11873

**SI PREGA DI RIPORTARE LA RAGIONE SOCIALE COMPLETA ED I CODICI ABI e CAB**

**Cab .....** **Abi .....**

**CODICE DESTINATARIO PER FATTURAZIONE ELETTRONICA .....**

La sottoscrizione del presente tariffario costituisce contratto, che si intende rinnovato tacitamente di anno in anno salvo disdetta da una delle parti da far pervenire in forma scritta con preavviso di almeno 60 gg.