



RICHIESTA VISITA MEDICA

DATA/ORA	COGNOME E NOME	MANSIONE ²	TIPOLOGIA VISITA ³	SCREENING ALCOOL ⁴	SCREENING DROGHE ⁵	ESAMI SANGUE
04/06/2024 10:00	CANDUCCI DEBORA	COLLABORATORE SCOLASTICO	PERIODICA	NO	NO	NO

Con la firma sottostante mi impegno inoltre a comunicare qualsiasi modifica intervenuta a quanto sopra dichiarato, con particolare riferimento ai punti 3-4-5, oltre che ad aggiornamenti del personale dipendente e/o esposto a rischi

Forlì, 13/05/2024



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
TIMBRO E FIRMA
DEL DATORE LAVORO
Dott.ssa Silvia Ignazzi

2 Riportare la mansione come individuata nel documento di valutazione dei rischi/ protocollo sanitario aziendale.

3 Indicare se il lavoratore dovrà essere sottoposto a: visita periodica, visita preventiva, visita preventiva in fase preassuntiva visita per cambio mansione, visita medica precedente al rientro al lavoro dopo un'assenza, per motivi di salute, di durata superiore ai 60 giorni continuativi, visita di fine rapporto oppure visita su richiesta del lavoratore.

4 Indicare se il lavoratore svolge mansioni tra quelle elencate nell'Allegato I del Provvedimento 16 marzo 2006.

5 Indicare se il lavoratore svolge mansioni tra quelle elencate nell'Allegato I del Provvedimento n° 99/CU del 30/10/2007.

La comunicazione dei lavoratori da sottoporre agli accertamenti di cui al punto 4 e 5 deve essere fatta una prima volta e successivamente periodicamente, con cadenza minima annuale; la lista va aggiornata anche in presenza di neoassunti o di lavoratori che cessano l'attività a rischio. Il datore di lavoro è tenuto a comunicare al lavoratore la data e il luogo degli accertamenti con un preavviso di non più di un giorno dalla data stabilita per l'accertamento.