**ALLEGATO 3A**
CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

LAVORATORE (cognome e nome alunno) ……. sesso M☐ F☐

LUOGO E DATA DI NASCITA…….....

Codice fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

Domicilio (Comune e Prov.) …….....

Via……. Tel genitore …….

Medico curante Dott…….....

Indirizzo medico…… Tel medico ……..

Datore di lavoro E.N.D.O. – F.A.P. FANO

Attività dell'Azienda pubblica o privata CENTRO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE "DON L. ORIONE"

Data di assunzione ANNO SCOLASTICO 2026/2027 – 14/09/2026

Sede/i di lavoro VIA IV NOVEMBRE, 47 – 61032 FANO(PU)

PSTF005006 - codiceAOO - CIRCOLARI - 0000053 - 13/11/2026 - CIRCOLARE - I