

**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 ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE “DON L. ORIONE”

Data di assunzione ANNO SCOLASTICO 2024/2025 – 11/09/2024

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