ALLEGATO 2

CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO
(D.Lgs 626/94)

LAVORATORE ..... sesso ☐ M ☐ F

LUOGO E DATA DI NASCITA .....

Codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Domicilio (Comune e Prov.) .....
Via ..... Tel. .....

Medico curante Dott. .....
Via ..... Tel. .....

Datore di lavoro .....

Attività dell'Azienda **pubblica o privata** .....

Data di assunzione .....
Sede/i di lavoro .....
.....
.....

La presente cartella sanitaria e di rischio è istituita per:

☐ prima istituzione

☐ esaurimento del documento precedente

☐ altri motivi .....

Il medico competente

.....

La presente cartella sanitaria e di rischio è costituita da n. ..... pagine.

Data .....

Il datore di lavoro

.....

COPIA TRATTA DA GURITEL — GAZZETTA UFFICIALE ON-LINE