

VISITA MEDICA PREVENTIVA

1. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Destinazione lavorativa – Mansioni
Fattori di rischio (specificare quali (2)
Tempo di esposizione (giorni/anno)

Note:

- 1) I dati di questa sezione sono forniti dal datore di lavoro (indicare n° degli allegati).
2) Per gli agenti cancerogeni indicare anche il numero CAS, il tipo (sostanza, preparato o processo di cui all'allegato VIII D.Lgs. 626/94) e il valore dell'esposizione.

2. ANAMNESI LAVORATIVA

.....
.....
.....

Esposizioni precedenti [] no [] si

3. ANAMNESI FAMILIARE

.....
.....
.....

4. ANAMNESI PERSONALE

.....
.....
.....

Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi)

.....
.....
.....

Invalidità riconosciute (l. civile, INPS, INAIL, Ass. Private)

.....
.....
.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma [] no [] si

.....
.....
.....

