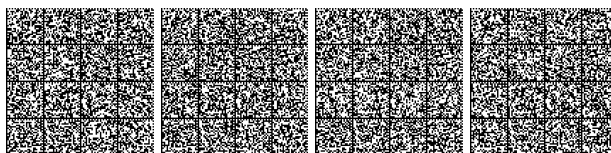


ALLEGATO I**(Allegato 3A, D.Lgs. n. 81/2008)****Contenuti della cartella sanitaria e di rischio.****ALLEGATO II****(Allegato 3B, D.Lgs. n. 81/2008)****Contenuti e modalità di trasmissione delle informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori**

CONTENUTI MINIMI della cartella sanitaria e di rischio:**ANAGRAFICA DEL LAVORATORE:**

Cognome e Nome

Sesso

Luogo di nascita

Data di nascita

Domicilio¹

Nazionalità

Codice Fiscale

DATI RELATIVI ALL'AZIENDA:

Ragione Sociale o codice conto (nel caso di natanti)

Unità Produttiva sede di lavoro / numero certificato unità navale

Indirizzo Unità produttiva

Attività svolta²

VISITA PREVENTIVA

REPARTO³ E MANSIONE SPECIFICA DI DESTINAZIONE

FATTORI DI RISCHIO⁴

ANAMNESI LAVORATIVA⁵

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISIOLOGICA

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA⁶

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA⁶

PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA (protocollo sanitario)

ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio)

ACCERTAMENTI INTEGRATIVI⁷

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE⁸

GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA⁹

SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA¹⁰



DATA

FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE

VISITE SUCCESSIVE¹¹

REPARTO¹ E MANSIONE SPECIFICA

FATTORI DI RISCHIO (se diversi o variati rispetto ai precedenti controlli¹²)

RACCORDO ANAMNESTICO

VARIAZIONI DEL PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA

ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio)

ACCERTAMENTI INTEGRATIVI⁹

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE⁸

GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA⁹

SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA¹⁰

DATA

FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE



CONTENUTI MINIMI DELLA COMUNICAZIONE SCRITTA DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE :

GENERALITA' DEL LAVORATORE
RAGIONE SOCIALE DELL'AZIENDA
REPARTO³ , MANSIONE E RISCHI
GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA
DATA DELLA ESPRESSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA'
SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA (*periodicit *)
FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE
INFORMAZIONI SULLA POSSIBILIT  DI RICORSO
DATA DI TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL LAVORATORE
FIRMA DEL LAVORATORE¹³
DATA DI TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL DATORE DI LAVORO

NOTE:

Le pagine della cartella sanitaria e di rischio devono essere numerate in ordine progressivo.

¹ *Indicare Comune e Provincia, indirizzo, recapito telefonico.*

² *riferita a comparto/lavorazione/ codice categoria naviglio.*

³ *da non indicare in caso di reparto unico.*

⁴ *Specificare quali fattori di rischio, indicando anche, nei casi previsti dalla normativa vigente, i livelli di esposizione individuale.*

⁵ *Specificare, con riferimento all'intera storia lavorativa del soggetto, comparti/lavorazioni svolte, relativo periodo e principali rischi riferiti dal lavoratore e tipologia contrattuale.*

⁶ *Indicare sempre tipologia di invalidit  (lavorativa o civile), malattie professionali riconosciute, tipologia e anno infortuni riferiti dal lavoratore.*

⁷ *Elencare gli accertamenti eseguiti riportando in forma sintetica i risultati e allegando alla cartella i relativi referti.*

⁸ *Indicare gli eventuali provvedimenti adottati dal medico competente quali ad esempio 1° certificato di malattia professionale ai sensi dell'art. 53 D.P.R. 1124/65, segnalazione di malattia professionale ex art. 139 D.P.R. 1124/65, lettere al curante, ecc...*

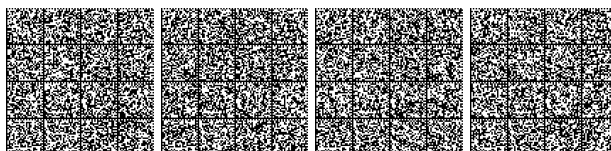
⁹ *Ai sensi dell'art. 41 c 6.*

¹⁰ *Da indicare solo se diversa da quella riscontrabile dal protocollo sanitario.*

¹¹ *Specificare la tipologia di visita di cui all'art.41 comma 2.*

¹² *Specificare quali con riferimento alla valutazione dei rischi, indicando anche, nei casi previsti dalla normativa vigente, i livelli di esposizione individuale.*

¹³ *La firma del lavoratore dovr  attestare l'informazione circa il significato e i risultati della sorveglianza sanitaria, la corretta espressione dei dati anamnestici, l'informazione circa la possibilit  di ricorrere contro il giudizio di idoneit .*



1	Anno di riferimento della Comunicazione				
INFORMAZIONI FORNITE DAL DATORE DI LAVORO AL MEDICO COMPETENTE					
DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA					
2	Ragione Sociale o Codice Conto (nel caso di natanti)				
3	Partita IVA della Ragione Sociale/codice fiscale				
4	Codice Fiscale della Ragione Sociale				
5	Indirizzo Sede Legale (via e numero civico)				
6	Denominazione unità produttiva o codice certificato (nel caso di natanti)				
7	Indirizzo Unità produttiva (via e numero civico)				
8	Codice attività economica (ATECO) /Codice categoria naviglio nel caso di natanti				
NUMERO LAVORATORI OCCUPATI					
9	N. totale lavoratori occupati al 30/6	Maschi		Femmine	
10	N. totale lavoratori occupati al 31/12				
	Media annuale lavoratori occupati (CALCOLATA IN AUTOMATICO DAL SISTEMA)				
INFORMAZIONI FORNITE DAL MEDICO COMPETENTE					
DATI IDENTIFICATIVI DEL MEDICO COMPETENTE					
11	Cognome e nome del Medico Competente				
12	luogo e data di nascita del medico competente				
13	Codice Fiscale del Medico Competente				
14	e-mail del Medico Competente				
PROBABILI/POSSIBILI MALATTIE PROFESSIONALI SEGNALATE ex art. 139 DPR 1124/65					
15	N. M segnalate	Maschi		Femmine	
16	Tipologia M segnalate (codifica DM 11.12.09/SCELTA MULTIPLA)				
DATI RELATIVI ALLA SORVEGLIANZA SANITARIA					
17	n. totale lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria	Maschi		Femmine	
18	n. totale lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria (visitati) nell'anno di riferimento				
19	n. lavoratori idonei alla mansione specifica				
20	n. lavoratori con idoneità parziale temporanea (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)				
21	n. lavoratori con idoneità parziale permanente (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)				
22	n. lavoratori temporaneamente idonei alla mansione specifica				
23	n. lavoratori permanentemente idonei alla mansione specifica				
ESPOSIZIONE A RISCHI LAVORATIVI DEI LAVORATORI					
		lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria		lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno di riferimento	
				lavoratori visitati	
RISCHI LAVORATIVI		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
24	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI				
25	SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI				
26	AGENTI CHIMICI				
27	AG. CANCEROGENI E MUTAGENI				
28	AMIANTO				
29	SILICE LIBERA CRISTALLINA				
30	AGENTI BIOLOGICI				
31	VIDEOTERMINALI				
32	VIBRAZIONI CORPO INTERO				
33	VIBRAZIONI MANO BRACCIO				
34	RUMORE				
35	CAMPI ELETTROMAGNETICI				
36	RADIAZIONI OTTICHE ARTIFICIALI				
37	RADIAZIONI ULTRAVIOLETTE NATURALI				
38	MICROCLIMA SEVERO				
39	INFRASUONI				
40	ULTRASUONI				
41	ATMOSFERE IPERBARICHE				
42	LAVORO NOTTURNO (D.lgs n. 66 del 2003 e 2113/2004) >80qq/anno				
43	ALTRI RISCHI EVIDENZIATI DA V.R.				
Adempimenti ai sensi dell'art. 41 co 4 - D.Lgs.81/08					
		n. lavoratori sottoposti alle verifiche ex art. 41 co 4 D.Lgs.81/2008 nell'anno		n. lavoratori positivi ai test di screening	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
44	SOSTANZE PSICOTROPE E STUPEFACENTI				
				N. di lavoratori positivi ai test di conferma	
				Maschi	Femmine
45	ALCOLDIPENDENZA			Lavoratori risultati idonei alla mansione	
				Maschi	Femmine

