

## RICHIESTA A CURA DEL DATORE DI LAVORO

Legge 977/67 e successive modifiche

Denominazione dell' Azienda \_\_\_\_\_  
artigiana / non artigiana (1) \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ n° di dipendenti \_\_\_\_\_  
chiede che (2) \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
venga sottoposto a visita preventiva ai fini della assunzione in qualità di (3) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ i sensi del Dlgs n. 345/99 del Dlgs 262/00.

Il minore sarà addetto a lavori che comprendono rischi dovuti a :

Polveri	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	tipo _____
Saldatura	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	tipo _____
Verniciatura	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	tipo _____
Rumore	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	tipo _____
Uso di strumenti vibranti	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	tipo _____
Conduzione macchine	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	tipo _____
Mezzi di sollevamento	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	tipo _____
Lavoro in ponteggio	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	tipo _____
Movimentazione di carico	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	tipo _____
Uso di videoterminali	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	tipo _____
Uso di altre macchine	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	tipo _____

Sostanze chimiche pericolose usate dal minore o comunque presenti nell'ambiente di lavoro:  
(nome chimico e/o commerciale e ditta produttrice, utilizzazione)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Orario di lavoro \_\_\_\_\_ Turnazioni si  no

La visita medica e gli accertamenti richiesti sono a carico del datore di lavoro.

Data .....

Timbro della ditta e firma

<p>Orario Ambulatorio Sanluri</p> <p>via Bologna c/o Poliambulatorio piano secondo ala C stanza 304</p> <p>Lunedì dalle h. 8.30 alle h.10.30 Giovedì dalle h 8.30 alle h 10.30</p>
--

<p>Orario Ambulatorio San Gavino Monreale</p> <p>via Santa Lucia c/o ambulatorio Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)</p> <p>Giovedì dalle h 11.00 alle h 12.30</p>
---

Il minore dovrà presentarsi presso **l'ambulatorio di residenza** accompagnato da chi esercita la patria potestà, munito di:

- presente richiesta compilata, timbrata e firmata dal datore di lavoro.
- documento d'identità
- codice fiscale o tessera sanitaria
- tessera delle vaccinazioni
- scheda anagrafica

**Note** : (1) cancellare la voce che non interessa ; (2) generalità del lavoratore da sottoporre a visita; (3) indicare qualifica e mansione

---