DATA DI COMPILAZIONE:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME |  | NOME |  | SESSO |  |
| LUOGO DI NASCITA |  | DATA DI NASCITA |  |
| STATO DI NASCITA |  |
| CODICE FISCALE |  |
| DOMICILIO (CAP COMUNE E PROVINCIA) |  |
| VIA/PIAZZA |  | N. |
| TEL.  |  | CELL. |  |
| VACCINAZIONE ANTITETANICA NO SI | DATA ULTIMO RICHIAMO |  |
| (CONSERVARE COPIA DEL TESSERINO DELLE VACCINAZIONI IN AZIENDA) |
| MEDICO CURANTE DOTT. |  |
| INDIRIZZO |  | TEL. |  |
| DATORE DI LAVORO |  |
| ATTIVITA’ DELL’AZIENDA |  |
|  |
| DATA DI ASSUNZIONE |  |
| MANSIONE (DESCRIZIONE DEI COMPITI LAVORATIVI): |
|  |
| SEDE DI LAVORO |  |
| LA PRESENTE CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO E’ COSTITUITA DA PAGINE NUMERATE PROGRESSIVAMENTE ED E’ ISTITUITA PER: |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | PRIMA ISTITUZIONE  |  | ESAURIMENTO DEL DOCUMENTO PRECEDENTE |  | ALTRI MOTIVI |

 |
| DATI OCCUPAZIONALI (1) | (VEDI ALLEGATO N. ) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FATTORI DI RISCHIO (2) (PER I CANCEROGENI ANCHE CAS E TIPO)** | **SI** | **NO** | **VALORI** | **ESPOSIZIONE****(GIORNI/ANNO)** |
| AMIANTO |  |  |  |  |
| ANTIPARASSITARI |  |  |  |  |
| BITUME |  |  |  |  |
| CANCEROGENO |  |  |  |  |
| FUMI DI SALDATURA |  |  |  |  |
| GUIDA CARRELLI ELEVATORI  |  |  |  |  |
| GUIDA MACCHINE MOVIMENTO TERRA |  |  |  |  |
| GUIDA MEZZI CON PAT. C O SUPERIORE |  |  |  |  |
| GUIDA PIATTAFORME AEREE |  |  |  |  |
| GUIDA TRATTORE |  |  |  |  |
| IRRITANTI RESPIRATORI |  |  |  |  |
| LAVORI IN ALTEZZA |  |  |  |  |
| LAVORO NOTTURNO |  |  |  |  |
| MICROCLIMA |  |  |  |  |
| MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI |  |  |  |  |
| MOVIMENTI RIPETITIVI DEGLI ARTI SUPERIORI |  |  |  |  |
| POLIURETANO |  |  |  |  |
| POLVERI |  |  |  |  |
| POLVERI DI LEGNO |  |  |  |  |
| POSTURA |  |  |  |  |
| RISCHIO BIOLOGICO |  |  |  |  |
| RISCHIO CHIMICO |  |  |  |  |
| RUMORE |  |  |  |  |
| STRESS DA LAVORO CORRELATO |  |  |  |  |
| VDT |  |  |  |  |
| VIBRAZIONI CORPO INTERO |  |  |  |  |
| VIBRAZIONI MANO-BRACCIO |  |  |  |  |

**Note**: (1) i dati di questa sezione sono forniti dal Datore di Lavoro compilando la presente pagina o con altre modalità (ad esempio tramite scheda di mansione ricavata dal Documento di Valutazione dei Rischi: in tali casi indicare n. allegati). (2) Per gli agenti cancerogeni indicare anche il numero di CAS, il tipo (sostanza, preparato o processo di cui all’allegato XLII D. Lgs. 81/08 ed il valore dell’esposizione.