

RISERVATO ALL'ENTE

PROTOCOLLO N. _____

DATA D'ARRIVO _____

MODULO PER DATORI DI LAVORO PER LA RICHIESTA DI VISITE MEDICHE GRATUITE AI LAVORATORI STAGIONALI ASSUNTI A TEMPO DETERMINATO (PER UN MASSIMO DI N° 20 LAVORATORI)

Il/La sottoscritto/a

nato/anazione

provincia diIl

residente aprovincia di

In vian. cap.

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Documento di riconoscimento n°

Rilasciato da il nazionalità.....

Datore di lavoro dell'azienda

Sita nel comune di Provincia di

Via..... n. Cap.

c.f.o p. iva |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| esercente l'attività di.....

n° telefono e-mail

CHIEDE DI SOTTOPORRE A VISITA MEDICA PREVENTIVA PER IDONEITA' LAVORATIVA ALLE MANSIONI GENERICHE SEMPLICI IN AGRICOLTURA, SALVO DISPONIBILITA' DI POSTI RESIDUI, COME DA CONVENZIONE TRA UOOML, ATS E EBAT BRESCIA I LAVORATORI ELENCATI NELL'ALLEGATO AL PRESENTE DOCUMENTO.

Data luogo.....

In fede (firma leggibile del richiedente)

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

(Ai sensi dell'art. 23 del D.lgs 196/03 e art 15 GDPR UE del 2016/679)

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 D.lsg. 196/2003 e dell'art. 13 del GDPR UE del 2016/679 ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dalla citata legge e regolamento UE, nei limiti e per le finalità e la durata precisati dall'informativa.

Data:/...../.....

Firma

.....



S.C. Medicina del Lavoro, Igiene, Tossicologia e Prevenzione Occupazionale
Direttore: Prof. Giuseppe De Palma
Tel. 030/3995660 - Fax 030/3996080
e-mail: ambulatorio.medicina.lavoro@asst-spedalivicili.it

Questionario

Tipologia di lavoratori per cui si richiede visita:

- STAGIONALI/ A TEMPO DETERMINATO**
- AUTONOMI**
- COLLABORATORI FAMILIARI**

• **Settore agricolo:**

- ORTICOLTURA**
- FRUTTETO**
- VIGNETO**
- ALTRO: _____**

• **CODICE ATECO: _____**

• **I lavoratori sono addetti alla raccolta in campo?**

- Sì**
- No**

• **Sono previste altre attività oltre alla raccolta in campo?**

- No**
- Sì. Specificare quali (ed eventuale uso di quali agenti chimici):**

• **È previsto l'uso di attrezzature a motore (es. decespugliatori)?**

- No**
- Sì. Specificare quali:**



S.C. Medicina del Lavoro, Igiene, Tossicologia e Prevenzione Occupazionale

Direttore: Prof. Giuseppe De Palma

Tel. 030/3995660 - Fax 030/3996080

e-mail: ambulatorio.medicina.lavoro@asst-spedalivicivi.it

• **È prevista la guida di automezzi che richiedano la patente B?**

- No**
- Sì. Specificare il nome dei lavoratori addetti**

• **È prevista la guida di automezzi che richiedano la patente C, mezzi movimentazione terra o merci?**

- No**
- Sì. Specificare il nome dei lavoratori addetti**

• **È previsto il lavoro in altezza (oltre i 2 metri)?**

- No**
- Sì. Specificare il nome dei lavoratori addetti**

• **Specificare per quali lavoratori è già presente un giudizio di idoneità e quindi la visita si configura come periodica (e la relativa scadenza).**



Presidio Ospedaliero
di Brescia

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Spedali Civili



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA

S.C. Medicina del Lavoro, Igiene, Tossicologia e Prevenzione Occupazionale
Direttore: Prof. Giuseppe De Palma
Tel. 030/3995660 - Fax 030/3996080
e-mail: ambulatorio.medicina.lavoro@asst-spedalivicili.it

- **Specificare per quali lavoratori la visita si configura come preventiva.**
