

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/a .....nazione .....

provincia di .....Il .....

residente a .....provincia di .....

In via .....n. .... 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](mailto:ambulatorio.medicina.lavoro@asst-spedalivicili.it)

## Questionario per l'accesso alla Sorveglianza sanitaria ex DGR 294/2024

Tipologia di lavoratori per cui si richiede visita:

- STAGIONALI/ A TEMPO DETERMINATO
- AUTONOMI
- COLLABORATORI FAMILIARI
- COLTIVATORI DIRETTI

• Settore agricolo:

- ORTICOLTURA
- FRUTTETO
- VIGNETO
- ALTRO: \_\_\_\_\_

• CODICE ATECO: \_\_\_\_\_

• L'azienda ha nominato un suo Medico Competente?

- Sì
- No

• I lavoratori per i quali si richiede la visita effettuano solo raccolta in campo o sono adibiti anche ad altre attività

- Solo raccolta in campo
- Altre attività semplici (ad esempio potatura a mano):

---



---



---



---



---

• I lavoratori per i quali si richiede la visita utilizzano attrezzature a motore (es. decespugliatori)?

- No
- Sì. Specificare quali:

---



---



---

• I lavoratori per i quali si richiede la visita guidano automezzi che richiedano la patente B, C o mezzi per la movimentazione terra (ruspe) o merci?



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](mailto:ambulatorio.medicina.lavoro@asst-spedalivicili.it)

- No**
- Sì, specificare i nominativi dei lavoratori addetti**

---



---



---



---

- **I lavoratori per i quali si richiede la visita lavorano in altezza (oltre i 2 metri)?**

- No**
- Sì, specificare i nominativi dei lavoratori addetti**

---



---



---



---

- **I lavoratori per i quali si richiede la visita hanno già un giudizio di idoneità e quindi la visita si configura come periodica? (e relativa scadenza).**

- No**
- Sì, specificare i nominativi dei lavoratori addetti e scadenza del giudizio:**

---



---



---



---

- **Nominativi dei lavoratori da sottoporre a prima visita (preventiva).**

---



---



---



---