All' ASL Roma 2
Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. Servizio per la Prevenzione e Sicurezza
negli Ambienti di Lavoro – SPRESAL
Viale Battista Bardanzellu, n. 8
00155 Roma

Oggetto: richiesta di visita medica pre-assuntiva ex D. Lgs 81/08 art. 41 c. 2 lett. e-bis e c. 2bis e s.m.i

IL SOTTOSCRITTO (cognome e nome)

LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA DITTA

C.F.

P.IVA

INDIRIZZO (via e numero)

CAP

COMUNE

TEL

FAX

ESERCENTE L'ATTIVITÀ DI

RICHIEDE LA VISITA MEDICA ED EVENTUALI ACCERTAMENTI INTEGRATIVI PER IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ SPECIFICA ALLA MANSIONE DI:

per il Sig/Sig.ra

nato/a a

il / /

residente a

in via

A tal fine dichiara che la valutazione del rischio ha evidenziato i seguenti rischi lavorativi (indicare il livello di esposizione ove previsto) per i quali la sorveglianza sanitaria è obbligatoria:

Le spese relative alla visita e agli accertamenti sono a carico del datore di lavoro

Allegare alla presente copia del documento di valutazione dei rischi o la valutazione del rischio secondo le Procedure standardizzate

È necessario, ove occorra, che il lavoratore si presenti munito di certificato vaccinale per attività di cui alla L.292/63;

Roma, lì

TIMBRO DELLA DITTA E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 Regolamento 2016/679/UE: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo