

CERTIFICATO DI IDONEITA' SPECIFICA

In base alla visita medica preventiva periodica del
ed agli accertamenti sanitari mirati al controllo dello stato di salute per i rischi specifici da
esposizione professionale

SI CERTIFICA

che il sig./la sig.ra
nato/a a il
in assunzione dipendente presso l'Azienda

E' IDONEO

NON E' IDONEO

NON E' IDONEO TEMPORANEAMENTE

IDONEITA' AL LAVORO NOTTURNO : SI NO NON RICHIESTA

alla mansione di

Prescrizioni, controindicazioni e / o provvedimenti preventivi :

.....

NON E' POSSIBILE ESPRIMERE GIUDIZIO DI IDONEITA' perché non sono stati
completati gli accertamenti richiesti.

SI DECLINA OGNI RESPONSABILITA' IN ORDINE AL GIUDIZIO DI IDONEITA', in
quanto, più volte convocata, la S.V. non si è presentata e vista.

Validità:	Trimestrale	Semestrale	Annuale	Biennale
------------------	--------------------	-------------------	----------------	-----------------

Richiesta dal lavoratore

Altro

Salvo diversa necessità in relazione a variazioni dell'esposizione a situazioni patologiche verificatesi nel frattempo o a
richiesta del lavoratore se correlata ai rischi professionali.

In caso di inidoneità, è ammesso ricorso all'organo di vigilanza della USL entro 30 giorni ai sensi dell'art.17 comma 4
del D. Lgs. 626/94

.....
Firma del lavoratore

Per avvenuta informazione sull'esito
degli accertamenti sanitari (D. Lgs 626/94 art. 17,1)

.....
Timbro e firma del medico

Data,