

# **ALLEGATO 3A al Unico Testo normativo in sicurezza sul lavoro**

## **DECRETO LEGISLATIVO n. 81 del 9 aprile 2008**

recante

**"Attuazione dell'articolo 1 della legge 3  
agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della  
salute e sicurezza nei luoghi di lavoro".**

### **SOMMARIO**

<i>ALLEGATO 3A</i> .....	1
CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO.....	2
VISITA MEDICA PREVENTIVA .....	3
VISITA MEDICA .....	7
CONSERVAZIONE DELLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO .....	10
CESSAZIONE DELL'INCARICO DEL MEDICO.....	11

## CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

LAVORATORE.....sesso

LUOGO E DATA DI NASCITA.....

Codice fiscale

Domicilio (Comune e Prov.) .....

Via.....Tel.....

Medico curante Dott.....

Via.....Tel.....

Datore di lavoro.....

Attività dell'Azienda pubblica o privata.....

Datore di assunzione.....

Sede/i di lavoro.....

La presente cartella sanitaria e di rischio è istituita per:

prima istituzione

esaurimento del documento precedente

altri motivi.....

Il medico competente

.....

La presente cartella sanitaria e di rischio è costituita da n.....pagine.

Il datore di lavoro

Data .....

**VISITA MEDICA PREVENTIVA**

1. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Destinazione lavorativa - Mansioni

.....

Fattori di rischio (specificare quali).....

.....

Tempo di esposizione (giorni/anno) .....

M F

Note:

- 1) I dati di questa sezione sono forniti dal datore di lavoro (indicare n°degli allegati)

2. ANAMNESI LAVORATIVA

.....  
.....  
.....  
.....

Esposizioni precedenti no si

3. ANAMNESI FAMILIARE

.....  
.....  
.....

4. ANAMNESI PERSONALE

.....  
.....  
.....

Infortuni - Traumi (lavorativi o extralavorativi)

.....  
.....  
.....

Invalidità riconosciute (I. civile, INPS, INAIL, Ass. Private)

.....  
.....  
.....  
.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma

no      si

.....  
.....  
.....  
.....

Altre notizie utili a fini anamnestici lavorativi

.....  
.....  
.....  
.....

Per presa visione

il lavoratore

Data .....

.....

5. Programma di sorveglianza sanitaria (protocolli, periodicità)

.....  
.....  
.....

6. Esame clinico generale

.....  
.....  
.....

7. Accertamenti integrativi specialistici e/o di laboratorio (indicare gli accertamenti eseguiti e il n° di riferimento dei referti allegati)

.....  
.....  
.....

8. Valutazioni conclusive (dei dati clinico anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali).

9. Giudizio di idoneità:

- idoneo
- idoneo con prescrizioni
- idoneo con limitazioni
- inidoneo temporaneamente
- inidoneo permanentemente

Data .....

Avverso il giudizio di inidoneità è ammesso ricorso all'Organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs ..., entro il termine di 30 giorni

Il lavoratore per presa visione

.....

Il medico competente

.....

10. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO effettuata il ..... a mezzo .....

Il medico competente

.....

Da consegnare al datore di lavoro

Il lavoratore ..... in data ..... è stato sottoposto alla visita medica preventiva per esposizione a (indicare i fattori di rischio) ..... con il seguente esito:

- idoneo
- idoneo con prescrizioni
- idoneo con limitazioni
- inidoneo temporaneamente
- inidoneo permanentemente

Da sottoporre a nuova visita medica il ..... previa esecuzione di seguenti accertamenti

.....

Data .....

Il medico competente

.....

**VISITA MEDICA**

motivazione:

Periodica  
idoneità alla mansione specifica  
cambio mansione  
su richiesta  
fine rapporto di lavoro

**1. DATI OCCUPAZIONALI (1)**

Variation. destination lavorativa o mansione

.....

Eventuale uso di dispositivi di protezione personale

.....

Fattori di rischio (specificare quali)

.....

Tempo di esposizione giorni/anno

.....

Note:

- 1) Questa sezione va compilata in caso di variazione rispetto all'ultima visita medica con i dati forniti dal datore di lavoro (indicare n° degli allegati).

**2. ANAMNESI INTERCORRENTE 7 di 11**

.....  
.....  
.....

Infortuni - Traumi (lavorativi o extralavorativi)

.....  
.....

Riconoscimenti di invalidità

.....  
.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma (indicare gli agenti) no si

.....  
.....

Per presa visione

.....  
...

il lavoratore

3. Esame obiettivo (con particolare riferimento ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

.....  
.....  
.....

4. Accertamenti integrativi - specialistici e/o di laboratorio - (indicare gli accertamenti eseguiti e riportare il n° di riferimento dei referti allegati)

.....  
.....  
.....

5. Valutazione conclusive (dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

.....  
.....  
.....

6. Giudizio di idoneità

- idoneo
- idoneo con prescrizioni
- idoneo con limitazioni
- inidoneo temporaneamente
- inidoneo permanentemente

Data .....

Avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'Organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D.Lgs. 81/2008, entro il termine di 30 giorni.

Il lavoratore per presa visione

il medico competente

.....

7. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ AL DATORE DI LAVORO effettuata il

.....

a mezzo .....

Il medico competente

.....



Da consegnare al datore di lavoro

Il lavoratore.....in data.....

È stato sottoposto alla visita medica preventiva per esposizione a (indicare i fattori di rischio)

.....

Con il seguente esito:

- idoneo
- idoneo con prescrizioni
- idoneo con limitazioni
- inidoneo temporaneamente
- inidoneo permanentemente

Da sottoporre a nuova visita medica il.....previa esecuzione dei seguenti accertamenti

.....

Data .....

Il medico competente

.....

## CONSERVAZIONE DELLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

- Cessazione dell'attività dell'azienda/Risoluzione del rapporto di lavoro

La presente cartella sanitaria e di rischio viene inviata all'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro ai sensi dell'art. 25, comma 1, lett.f) del D.Lgs. 81/2008.

Cessazione dell'attività dell'impresa, avvenuta il .....

Risoluzione del rapporto di lavoro, avvenuta il .....

La cartella sanitaria viene consegnata al lavoratore .....completa di n.....allegati

Ai sensi dell'art. 25, comma 1, lett. e) del D.Lgs. 81/2008.

Il lavoratore è stato informato riguardo la necessità di conservazione della cartella sanitaria e all'opportunità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa ai sensi dell'art 25, comma 1, lett. h) del D.Lgs. 81/2008.

Data .....

Il medico competente

Il lavoratore

.....

.....

**CESSAZIONE DELL'INCARICO DEL MEDICO**

Per cessazione dell'incarico, avvenuta il .....la presente CARTELLA SANITARIA E DEI RISCHI, completa di n. ... allegati, viene consegnata al datore di lavoro nella persona di

.....

Data .....

Il medico competente

.....