



OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

U.O. Medicina del Lavoro Pad.7/terra

Responsabile della Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori ospedalieri Dott.ssa Maria Gabriella Mavilia

❖ DENOMINAZIONE AZIENDA IN CONVENZIONE: .....

**Richiesta di Visita al Medico Competente (COMPILAZIONE A CURA DEL LAVORATORE) (1)**

(Articolo 41, comma 2, lettera c, Decreto Legislativo 81/2008)

Cognome e Nome ..... Data di nascita .....

Area di lavoro.....

Qualifica ..... Mansione .....

Recapito telefonico ..... e-mail .....

Motivo della richiesta .....

.....

.....

.....

Il problema da Lei indicato interferisce con il normale svolgimento dell'attività lavorativa?  SI  NO

Se ha risposto "SI" specifichi in che modo

.....

.....

.....

Data della richiesta ..... Firma .....

**Riservato al medico competente**

Visita prenotata il giorno ..... alle ore .....

La visita richiesta non verrà effettuata perché si ritiene che non sussistano i requisiti previsti dall'articolo 41, comma 2, lettera c, del D.Lgs 81/2008 in quanto:

la richiesta non è correlata ai rischi lavorativi

le condizioni di salute non sono suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta Il Medico Competente

(1) SI RENDE NOTO AL LAVORATORE CHE QUESTO MODULO CONTENENTE I SUOI DATI CLINICI RISERVATI DEVE ESSERE INOLTRATO SOLO AL MEDICO COMPETENTE E NON AL DATORE DI LAVORO CHE DEVE COMUNQUE ESSERE A INFORMATO DELLA RICHIESTA DI VISITA INOLTRATA AL MEDICO COMPETENTE