

**ALLEGATO I**

**(Allegato 3A, D.Lgs. n. 81/2008)**

**Contenuti della cartella sanitaria e di rischio.**

**ALLEGATO II**

**(Allegato 3B, D.Lgs. n. 81/2008)**

**Contenuti e modalità di trasmissione delle informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori**

**CONTENUTI MINIMI della cartella sanitaria e di rischio:**

**ANAGRAFICA DEL LAVORATORE:**

Cognome e Nome  
Sesso  
Luogo di nascita  
Data di nascita  
Domicilio<sup>1</sup>  
Nazionalità  
Codice Fiscale

**DATI RELATIVI ALL'AZIENDA:**

Ragione Sociale o codice conto (nel caso di natanti)  
Unità Produttiva sede di lavoro / numero certificato unità navale  
Indirizzo Unità produttiva  
Attività svolta<sup>2</sup>

**VISITA PREVENTIVA**

REPARTO<sup>3</sup> E MANSIONE SPECIFICA DI DESTINAZIONE

FATTORI DI RISCHIO<sup>4</sup>

ANAMNESI LAVORATIVA<sup>5</sup>

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISIOLOGICA

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA<sup>6</sup>

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA<sup>6</sup>

PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA (protocollo sanitario)

ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio)

ACCERTAMENTI INTEGRATIVI<sup>7</sup>

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE<sup>8</sup>

GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA<sup>9</sup>

SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA<sup>10</sup>

DATA

FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE

VISITE SUCCESSIVE<sup>11</sup>

REPARTO<sup>1</sup> E MANSIONE SPECIFICA

FATTORI DI RISCHIO (se diversi o variati rispetto ai precedenti controlli<sup>12</sup>)

RACCORDO ANAMNESTICO

VARIAZIONI DEL PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA

ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio)

ACCERTAMENTI INTEGRATIVI<sup>9</sup>

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE<sup>8</sup>

GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA<sup>9</sup>

SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA<sup>10</sup>

DATA

FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE

---

## **CONTENUTI MINIMI DELLA COMUNICAZIONE SCRITTA DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE :**

GENERALITA' DEL LAVORATORE  
RAGIONE SOCIALE DELL'AZIENDA  
REPARTO<sup>3</sup> , MANSIONE E RISCHI  
GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA  
DATA DELLA ESPRESSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA'  
SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA (*periodicità*)  
FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE  
INFORMAZIONI SULLA POSSIBILITÀ DI RICORSO  
DATA DI TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL LAVORATORE  
FIRMA DEL LAVORATORE<sup>13</sup>  
DATA DI TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL DATORE DI LAVORO

### **NOTE:**

*Le pagine della cartella sanitaria e di rischio devono essere numerate in ordine progressivo.*

<sup>1</sup> *Indicare Comune e Provincia, indirizzo, recapito telefonico.*

<sup>2</sup> *riferita a comparto/lavorazione/ codice categoria naviglio.*

<sup>3</sup> *da non indicare in caso di reparto unico.*

<sup>4</sup> *Specificare quali fattori di rischio, indicando anche, nei casi previsti dalla normativa vigente, i livelli di esposizione individuale.*

<sup>5</sup> *Specificare, con riferimento all'intera storia lavorativa del soggetto, reparti/lavorazioni svolte, relativo periodo e principali rischi riferiti dal lavoratore e tipologia contrattuale.*

<sup>6</sup> *Indicare sempre tipologia di invalidità (lavorativa o civile), malattie professionali riconosciute, tipologia e anno infortuni riferiti dal lavoratore.*

<sup>7</sup> *Elencare gli accertamenti eseguiti riportando in forma sintetica i risultati e allegando alla cartella i relativi referti.*

<sup>8</sup> *Indicare gli eventuali provvedimenti adottati dal medico competente quali ad esempio 1° certificato di malattia professionale ai sensi dell'art. 53 D.P.R. 1124/65, segnalazione di malattia professionale ex art. 139 D.P.R. 1124/65, lettere al curante, ecc...*

<sup>9</sup> *Ai sensi dell'art. 41 c 6.*

<sup>10</sup> *Da indicare solo se diversa da quella riscontrabile dal protocollo sanitario.*

<sup>11</sup> *Specificare la tipologia di visita di cui all'art.41 comma 2.*

<sup>12</sup> *Specificare quali con riferimento alla valutazione dei rischi, indicando anche, nei casi previsti dalla normativa vigente, i livelli di esposizione individuale.*

<sup>13</sup> *La firma del lavoratore dovrà attestare l'informazione circa il significato e i risultati della sorveglianza sanitaria, la corretta espressione dei dati anamnestici, l'informazione circa la possibilità di ricorrere contro il giudizio di idoneità.*

1	Anno di riferimento della Comunicazione					
<b>INFORMAZIONI FORNITE DAL DATORE DI LAVORO AL MEDICO COMPETENTE</b>						
<b>DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA</b>						
2	Ragione Sociale o Codice Conto (nel caso di natanti)					
3	Partita IVA della Ragione Sociale/codice fiscale					
4	Codice Fiscale della Ragione Sociale					
5	Indirizzo Sede Legale (via e numero civico)					
6	Denominazione unità produttiva o codice certificato (nel caso di natanti)					
7	Indirizzo Unità produttiva (via e numero civico)					
8	Codice attività economica (ATECO) /Codice categoria naviglio nel caso di natanti					
<b>NUMERO LAVORATORI OCCUPATI</b>						
9	N. totale lavoratori occupati al 30/6		Maschi		Femmine	
10	N. totale lavoratori occupati al 31/12					
	Media annuale lavoratori occupati(CALCOLATA IN AUTOMATICO DAL SISTEMA)					
<b>INFORMAZIONI FORNITE DAL MEDICO COMPETENTE</b>						
<b>DATI IDENTIFICATIVI DEL MEDICO COMPETENTE</b>						
11	Cognome e nome del Medico Competente					
12	luogo e data di nascita del medico competente					
13	Codice Fiscale del Medico Competente					
14	e-mail del Medico Competente					
<b>PROBABILI/POSSIBILI MALATTIE PROFESSIONALI SEGNALATE ex art. 139 DPR 1124/65</b>						
15	N. M segnalate		Maschi		Femmine	
16	Tipologia M segnalate (codifica DM 11.12.09)SCELTA MULTIPLA)					
<b>DATI RELATIVI ALLA SORVEGLIANZA SANITARIA</b>						
17	n. totale lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria		Maschi		Femmine	
18	n. totale lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria (visitati) nell'anno di riferimento					
19	n. lavoratori idonei alla mansione specifica					
20	n. lavoratori con idoneità parziali temporanee (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)					
21	n. lavoratori con idoneità parziali permanenti (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)					
22	n. lavoratori temporaneamente inidonei alla mansione specifica					
23	n. lavoratori permanentemente inidonei alla mansione specifica					
<b>ESPOSIZIONE A RISCHI LAVORATIVI DEI LAVORATORI</b>						
			lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria		lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno di riferimento	
					lavoratori visitati	
<b>RISCHI LAVORATIVI</b>			Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
24	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI					
25	SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI					
26	AGENTI CHIMICI					
27	AG. CANCEROGENI E MUTAGENI					
28	AMIANTO					
29	SILICE LIBERA CRISTALLINA					
30	AGENTI BIOLOGICI					
31	VIDEOTERMINALI					
32	VIBRAZIONI CORPO INTERO					
33	VIBRAZIONI MANO BRACCIO					
34	RUMORE					
35	CAMPI ELETTROMAGNETICI					
36	RADIAZIONI OTTICHE ARTIFICIALI					
37	RADIAZIONI ULTRAVIOLETTE NATURALI					
38	MICROCLIMA SEVERO					
39	INFRASUONI					
40	ULTRASUONI					
41	ATMOSFERE IPERBARICHE					
42	LAVORO NOTTURNO (D.lgs n.66 del 2003 2 2113/2004) >80gg/anno					
43	ALTRI RISCHI EVIDENZIATI DA V.R.					
<b>Adempimenti ai sensi dell'art. 41 co 4 – D.Lgs.81/08</b>						
			n. lavoratori sottoposti alle verifiche ex art. 41 co 4 D.Lgs.81/2008 nell'anno		n. lavoratori positivi ai test di screening	
			Maschi	Femmine	N. di lavoratori positivi ai test di conferma	
					Maschi	Femmine
44	SOSTANZE PSICOTROPE E STUPEFACENTI					
			Lavoratori risultati inidonei alla mansione			
			Maschi		Femmine	
45	ALCOLDIPENDENZA					