**ALLEGATO 3A**

**CONTENUTI DELLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO**

**ANAGRAFICA DEL LAVORATORE:**

Cognome e Nome

Sesso

Luogo di nascita Data di nascita Domicilio

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

**VISITA PREVENTIVA**

REPARTO E MANSIONE SPECIFICA DI DESTINAZIONE FATTORI DI RISCHIO

ANAMNESI LAVORATIVA

ANAMNESI FAMILIARE ANAMNESI FISIOLOGICA

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA (protocollo Sanitario)

ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio)

ACCERTAMENTI INTEGRATIVI

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE

GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA

SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA

DATA

FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE

**VISITE SUCCESSIVE**

REPARTO1 E MANSIONE SPECIFICA

FATTORI DI RISCHIO (se diversi o variati rispetto ai precedenti controlli) RACCORDO ANAMNESTICO

VARIAZIONI DEL PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA ESAME OBIETTIVO (con particolare riferimento agli organi bersaglio) ACCERTAMENTI INTEGRATIVI

EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE

GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA

SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA1

DATA

FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE

**CONTENUTI MINIMI DELLA COMUNICAZIONE SCRITTA DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE:**

GENERALITÀ DEL LAVORATORE RAGIONE SOCIALE DELL’AZIENDA REPARTO, MANSIONE E RISCHI

GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA DATA DELLA ESPRESSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ SCADENZA VISITA MEDICA SUCCESSIVA (periodicità) FIRMA DEL MEDICO COMPETENTE

INFORMAZIONI SULLA POSSIBILITÀ DI RICORSO

DATA DI TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL LAVORATORE

*….riga e nota soppresse …*

DATA DI TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL DATORE DI LAVORO

NOTE:

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

Allegato da ultimo modificato dal Decreto 12 luglio 2016 del Ministero della Salute (G.U. Serie Generale, n. 184 del 8/08/2016) entrato in vigore il 9/08/2016, già modificato dal decreto ministeriale 9 luglio 2012 - “Contenuti e modalità di trasmissione delle informazioni relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, ai sensi dell’articolo 40 del decreto legislativo 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.” Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 173 del 26 luglio 2012.

2 Indicare Comune e Provincia, indirizzo, recapito telefonico

3 riferita a comparto/lavorazione/codice categoria naviglio.

4 da non indicare in caso di reparto unico.

5 Specificare quali fattori di rischio, indicando anche, nei casi previsti dalla normativa vigente, i livelli di esposizione individuale.

6 Specificare, con riferimento all’intera storia lavorativa del soggetto, comparti/lavorazioni svolte, relativo periodo e principali rischi riferiti dal lavoratore e tipologia contrattuale.

7 Indicare sempre tipologia di invalidità (lavorativa o civile), malattie professionali riconosciute, tipologia e anno infortuni riferiti dal lavoratore.

8 Elencare gli accertamenti eseguiti riportando in forma sintetica i risultati e allegando alla cartella i relativi referti.

9 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...

10 Ai sensi dell’art. 41 c 6.

11 Da indicare solo se diversa da quella riscontrabile dal protocollo sanitario.

12 Specificare la tipologia di visita di cui all’art.41 comma 2.

13 Specificare quali con riferimento alla valutazione dei rischi, indicando anche, nei casi previsti dalla normativa vigente, i livelli di esposizione individuale.