**ALLEGATO 3B**

**CONTENUTI E MODALITÀ DI TRASMISSIONE DELLE INFORMAZIONI RELATIVE AI DATI AGGREGATI SANITARI E DI RISCHIO DEI LAVORATORI**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Anno di riferimento della Comunicazione |
| **INFORMAZIONI FORNITE DAL DATORE DI LAVORO AL MEDICO COMPETENTE** |
| **DATI IDENTIFICATIVI DELL’AZIENDA** |
| 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 categorianaviglio nel caso di natanti |  |
| **NUMERO LAVORATORI OCCUPATI** |
|  | **Maschi** | **Femmine** |
| 9 | N. totale lavoratori occupati al 30/6 |  |  |
| 10 | N. totale lavoratori occupati al 31/12 |  |  |
|  | Media annuale lavoratori occupati |  |  |
| **INFORMAZIONI FORNITE DAL MEDICO COMPETENTE** |
| **DATI IDENTIFICATIVI DEL MEDICO COMPETENTE** |
| 11 | Cognome e nome del Medico Competente |  |
| 12 | Codice Fiscale del Medico Competente |  |
| 13 | e-mail del Medico Competente |  |
| **PROBABILI/POSSIBILI MALATTIE PROFESSIONALI SEGNALATE ex art. 139 DPR 1124/65** |
|  | **Maschi** | **Femmine** |
| 14 | N. M segnalate |  |  |
| 15 | Tipologia M segnalate (codifica DM 11.12.09) |  |  |
| **DATI RELATIVI ALLA SORVEGLIANZA SANITARIA** |
|  | **Maschi** | **Femmine** |
| 16 | n. totale lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria |  |  |
| 17 | n. totale lavoratori visitati con formulazione del giudizio di idoneità nell’anno di riferimento |  |  |
| 18 | n. lavoratori idonei |  |  |
| 19 | n. lavoratori con idoneità parziali (temporanee permanenti con prescrizioni e/o limitazioni) |  |  |
| 20 | n. lavoratori temporaneamente inidonei |  |  |
| 21 | n. lavoratori permanentemente inidonei |  |  |
| **ESPOSIZIONE A RISCHI LAVORATIVI DEI LAVORATORI** |
|  | **lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria** | **lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell’anno di riferimento** |
| **lavoratori visitati** | **lavoratori con idoneità parziali alla mansione specifica** | **lavoratori con inidoneità alla mansione specifica** |
|  | **RISCHI LAVORATIVI** | **Maschi** | **Femmine** | **M****as ch i** | **Femmine** | **Maschi** | **Femmine** | **Maschi** | **Femmine** |
| 22 | MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | RISCHI POSTURALI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | AGENTI CHIMICI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | AG. CANCEROGENI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | AG. MUTAGENI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | AMIANTO |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | SILICE |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 /ULTRASUONI |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | ATMOSFERE IPERBARICHE |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 41 | LAVORO NOTTURNO >80gg/anno |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 | ALTRI RISCHI EVIDENZIATI DA V.R. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Adempimenti ai sensi dell’art. 41 co 4 - D.Lgs.81/08 per alcol e tossicodipendenza** |
|  | **n. lav. Controllati nell’anno con di test di screening** | **n. lavoratori inviati presso SERT o Centro Alcologico** | **n. casi di dipendenza confermati dal Centro Specialistico (anche se riferinti a controlli richiesti nell’anno precedente)** |
| **Maschi** | **Femmine** | **Maschi** | **Femmine** | **Maschi** | **Femmine** |
| 43 | ACCERTAMENTI assunzione ALCOL |  |  |  |  |  |  |
| 45 | ACCERTAMENTI assunzione SOSTANZE STUPEFACENTI |  |  |  |  |  |  |