



DOCUMENTO SANITARIO PERSONALE

Mod. AIRM 241/2010

Art. 90 D. Lgs. 230/1995 ed Allegato XI, Mod. C, D.Lgs. 241/2000
Comma 3, art. 180, D.Lgs. 81/2008: normative unicamente disciplinate
dal D.Lgs. 230/1995 e successive modificazioni D.Lgs. 241/2000

N. ARCHIVIO

LAVORATORE _____ M F

LUOGO E DATA DI NASCITA _____ (PROV. _____)

DOMICILIO _____ (CAP) _____ VIA _____

TELEFONO _____ CELL. _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

QUALIFICA _____

DATORE DI LAVORO _____

DATA DI ASSUNZIONE O DI DESTINAZIONE LAVORATIVA CON ESPOSIZIONE A R.I. _____

SEDE/I DI LAVORO _____

Il presente documento sanitario personale (DOSP) è istituito per:

- Prima destinazione lavorativa
- Esaurimento del documento precedente
- Altri motivi

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

Il presente Documento Sanitario Personale (DOSP) è costituito da n. 48 pagine.

Data _____

Il Datore di lavoro

VISITA MEDICA PREVENTIVA

(Prima destinazione lavorativa a rischio da RI, art. 84 D. Lgs 230/95)

1. Dati occupazionali (1)

Destinazione lavorativa - mansioni: _____

ESPOSIZIONE A RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI

Irradiazione esterna (2) _____

Irradiazione interna (3) _____

Classificazione A B

ESPOSIZIONE AD ALTRI FATTORI DI RISCHIO per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria

NO

SI (4) _____

2. Anamnesi lavorativa

ESPOSIZIONI PRECEDENTI A RADIAZIONI IONIZZANTI NO SI (5) _____

Dose accumulata per esposizione totale (6) _____ mSv di cui:

per esposizione accidentale _____ mSv per esposizione di emergenza _____ mSv

per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale _____ mSv

Dose accumulata a parti del corpo (5) _____ mSv

Dose efficace impegnata (3)(6) _____ mSv

Data dell'incorporazione _____

ESPOSIZIONI PRECEDENTI AD ALTRI FATTORI DI RISCHIO _____

Note _____

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

(2) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio.

(3) Specificare i radionuclidi.

(4) La sorveglianza sanitaria è obbligatoriamente prevista dalla normativa vigente (comma 1, art. 41, D.Lgs. 81/2008), in presenza dei rischi evidenziati nel documento di valutazione dei rischi di cui all'art. 17, comma 1, lettera a del D.Lgs. 81/08 come modificato dal D. Lgs. 106/2010.

(5) Specificare quali.

(6) Dati forniti dal datore di lavoro.

3. Anamnesi familiare

4. Anamnesi personale

Esposizione a R.I. dovuta a trattamenti medici (indicare tipo di trattamento e dose, se conosciuta) _____

Infortuni, traumi (lavorativi o extralavorativi) _____

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni private) _____

Contemporanea esposizione a rischio da R.I. presso altri Datori di lavoro o per attività professionale autonoma _____

Altre notizie: _____

Data _____

Il Lavoratore

5. Esame clinico generale

Statura _____ cm Peso _____ Kg P.A. _____ Polso _____

Cute e annessi _____

Capo e collo (tiroide) _____

Apparato mammario _____

Linfonodi _____

Apparati: respiratorio e cardiovascolare _____

Addome _____ fegato _____ milza _____

Urogenitale _____

Locomotore _____

Neurologico _____

Altri rilievi clinici _____

6. Accertamenti integrativi, specialistici e/o di laboratorio - Indicare gli accertamenti eseguiti e il numero di riferimento dei referti allegati.

I referti, vistati dal Medico RP ed allegati al presente Documento ne costituiscono parte integrante.

7. Valutazioni conclusive (sintesi diagnostica dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione agli specifici rischi occupazionali).

Data _____

Il Medico RP _____

8. Giudizio di idoneità all'esposizione alle radiazioni ionizzanti

Idoneo

Idoneo con le seguenti condizioni _____

Non idoneo

Data giudizio _____

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso, ai sensi dell'art. 95 del D.Lgs 230/95, al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Tutela delle condizioni di lavoro - Divisione IV, entro 30 giorni.

Il Lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

9. Tramissione al Datore di lavoro del Giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 8, effettuata in data _____ a mezzo _____

Data

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

10.⁽¹⁾ Giudizio di idoneità agli altri fattori di rischio indicati al punto 1, per i quali la vigente normativa prevede la sorveglianza sanitaria (comma 1 dell'articolo 41 - D.Lgs. 81/2008)

Il Lavoratore _____ in base alle risultanze della visita medica praticata in data _____ viene giudicato

- Idoneo Idoneo parzialmente con prescrizione _____
 Idoneo parzialmente con limitazioni _____
 Non idoneo temporaneamente Non idoneo permanentemente

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso all'organo di vigilanza competente per territorio, ai sensi dell'art. 41 comma 6 del D.Lgs. 81/08, modificato con D.Lgs. 106/2010, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato della sorveglianza sanitaria, nonché dei risultati della medesima ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettere g) e h) del citato Decreto.

Il Lavoratore

Il Medico competente

11. Tramissione al Datore di lavoro del Giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 10, praticata in data _____ a mezzo _____

Data

Il Medico competente

(1) Questa sessione (10) e la successiva (11) vanno compilate solo nel caso che medico di R.P. sia nominato anche M.C.

RIEPILOGO DATI PRINCIPALI DEI PRECEDENTI DOSP ⁽¹⁾

Prima visita medica _____

Cat. A B

Visite mediche successive

Dal _____ al _____

Ultima visita medica n° _____

giudizio: _____

Allegati n° _____

Dose accumulata (mSv) dal _____ al _____

corpo intero: _____

parti del corpo: _____

impegnata _____

Sorveglianza medica eccezionale: _____

Denunce INAIL (malattie professionali, infortuni) _____

Sintesi eventi clinici rilevanti (anteriori al presente DOSP) _____

Eventuali prescrizioni mediche _____

Osservazioni (variazioni classificazione, mansioni, ecc.) _____

(1) Questa pagina può essere utilizzata nel caso in cui il presente Documento venga istituito per esaurimento di un precedente DOSP. Il Medico di radioprotezione può riportare i principali elementi anamnestici della pregressa storia lavorativa e clinica del soggetto esposto, utili ai fini del proseguimento della sorveglianza medica. Nel caso invece di prima istituzione del presente Documento sanitario personale, questa pagina va barrata.

VISITA MEDICA N.

(artt. 85 e 91, D.Lgs. 230/95)

PERIODICA

STRAORDINARIA

ECCEZIONALE ⁽¹⁾

per esposizione a radiazioni ionizzanti

esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione

cambiamento mansioni

controllo cessazione inidoneità

su richiesta (specificare di chi) _____

altri motivi (specificare) _____

fine rapporto di lavoro _____

Eventuali Allegati: _____

1. Dati occupazionali ⁽²⁾

Variazione destinazione lavorativa o mansioni _____

RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI

Irradiazione esterna: Totale Parti del corpo ⁽³⁾ _____

Irradiazione interna ⁽⁴⁾ _____

Classificazione ⁽⁵⁾

A

B

ESPOSIZIONE AD ALTRI FATTORI DI RISCHIO per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria ⁽⁶⁾

NO SI (Specificare esposizione ai rischi): _____

2. Dosi (comunicate dall'E.Q. successivamente all'ultima visita medica)

Periodo di riferimento ⁽⁷⁾ _____

Dose per esposizione totale _____ mSv di cui:

a) per esposizione accidentale _____ mSv

b) per esposizione di emergenza _____ mSv

c) per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale _____ mSv

Dose a parti del corpo ⁽³⁾ _____ mSv

Dose efficace impegnata ⁽⁴⁾ _____ mSv

(1) Il Datore di lavoro deve provvedere a sottoporre, affidandola al Medico autorizzato, la sorveglianza medica eccezionale nei casi previsti dall'art. 91 del decreto 230.

(2) Questa sezione va compilata in caso di variazioni rispetto alla precedente visita medica, con i dati forniti rispettivamente dal Datore di lavoro, dall'Esperto Qualificato, dal Medico Competente. Il Medico RP dovrà indicare, per ciascuna delle voci riportate, il rispettivo Allegato, vistato numerato progressivamente

(3) Specificare.

(4) Specificare radionuclidi.

(5) Fornita dall'Esperto Qualificato.

(6) La sorveglianza sanitaria è obbligatoriamente prevista dalla normativa vigente (comma 1, art. 41, D.Lgs. 81/2008), in presenza di esposizione ai seguenti altri fattori di rischio: movimentazione manuale dei carichi - uso di attrezzature munite di videoterminali - esposizione ad agenti fisici, chimici e biologici.

(7) Esempio: I semestre, II semestre, anno.

3. Anamnesi intercorrente

Esposizione a RI da trattamenti medici (tipo e dose, se conosciuta) _____

Infortuni, traumi (lavorativi o extralavorativi) _____

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni private) _____

Contemporanea esposizione a rischio da RI presso altri Datori di lavoro o per attività professionale autonoma _____

Data _____

Firma del Lavoratore _____

4. Esame obiettivo (1) _____

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

6. Valutazioni conclusive (3) _____

(1) Con particolare riferimento ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente.
(2) Indicare gli accertamenti eseguiti e riportare sommariamente il loro esito. I referti, vistati dal medico RP ed allegati al presente Documento, ne costituiscono parte integrante.
(3) Sintesi diagnostica dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione agli specifici rischi occupazionali.

7. Giudizio di idoneità all'esposizione alle radiazioni ionizzanti

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni _____

- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo la cessazione dell'esposizione
- Non idoneo

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso, ai sensi dell'art. 95 del D.Lgs 230/95, al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Tutela delle condizioni di lavoro - Divisione VI , entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato delle dosi ricevute dell'eventuale introduzione di radionuclidi, degli esami medici e degli eventuali esami radiotossicologici ai sensi dell'art. 84 comma 6 del D.Lgs 2390/95.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

8. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 7, effettuata il _____ a mezzo _____

Data

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

9.⁽¹⁾ Giudizio di idoneità agli altri fattori di rischio indicati al punto 1, per i quali la vigente normativa prevede la sorveglianza sanitaria (comma 1 dell'articolo 41 - D.Lgs. 81/2008)

Il Lavoratore _____ in base alle risultanze della visita medica praticata in data _____ viene giudicato

- Idoneo Idoneo parzialmente con prescrizione _____
- Idoneo parzialmente con limitazioni _____
- Non idoneo temporaneamente Non idoneo permanentemente

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso all'organo di vigilanza competente per territorio, ai sensi dell'art. 41 comma 6 del D.Lgs. 81/08, modificato con D.Lgs. 106/2010, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato della sorveglianza sanitaria, nonché dei risultati della medesima ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettere g) e h) del citato Decreto.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico competente

10. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 9, effettuata il _____ a mezzo _____

Data

Il Medico competente

(1) Questa sessione (9) e la successiva (10) vanno compilate solo nel caso che medico di R.P. sia nominato anche M.C.

VISITA MEDICA N.

(artt. 85 e 91, D.Lgs. 230/95)

PERIODICA

STRAORDINARIA

ECCEZIONALE ⁽¹⁾

per esposizione a radiazioni ionizzanti

esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione

cambiamento mansioni

controllo cessazione inidoneità

su richiesta (specificare di chi) _____

altri motivi (specificare) _____

fine rapporto di lavoro _____

Eventuali Allegati: _____

1. Dati occupazionali (2)

Variatione destinazione lavorativa o mansioni _____

RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI

Irradiazione esterna: Totale Parti del corpo (3) _____

Irradiazione interna (4) _____

Classificazione (5)

A

B

ESPOSIZIONE AD ALTRI FATTORI DI RISCHIO per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria (6)

NO SI (Specificare esposizione ai rischi): _____

2. Dosi (comunicate dall'E.Q. successivamente all'ultima visita medica)

Periodo di riferimento (7) _____

Dose per esposizione totale _____ mSv di cui:

a) per esposizione accidentale _____ mSv

b) per esposizione di emergenza _____ mSv

c) per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale _____ mSv

Dose a parti del corpo (3) _____ mSv

Dose efficace impegnata (4) _____ mSv

(1) Il Datore di lavoro deve provvedere a sottoporre, affidandola al Medico autorizzato, la sorveglianza medica eccezionale nei casi previsti dall'art. 91 del decreto 230.

(2) Questa sezione va compilata in caso di variazioni rispetto alla precedente visita medica, con i dati forniti rispettivamente dal Datore di lavoro, dall'Esperto Qualificato, dal Medico Competente. Il Medico RP dovrà indicare, per ciascuna delle voci riportate, il rispettivo Allegato, vistato numerato progressivamente

(3) Specificare.

(4) Specificare radionuclidi.

(5) Fornita dall'Esperto Qualificato.

(6) La sorveglianza sanitaria è obbligatoriamente prevista dalla normativa vigente (comma 1, art. 41, D.Lgs. 81/2008), in presenza di esposizione ai seguenti altri fattori di rischio: movimentazione manuale dei carichi - uso di attrezzature munite di videoterminali - esposizione ad agenti fisici, chimici e biologici.

(7) Esempio: I semestre, II semestre, anno.

3. Anamnesi intercorrente

Esposizione a RI da trattamenti medici (tipo e dose, se conosciuta) _____

Infortuni, traumi (lavorativi o extralavorativi) _____

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni private) _____

Contemporanea esposizione a rischio da RI presso altri Datori di lavoro o per attività professionale autonoma _____

Data _____

Firma del Lavoratore _____

4. Esame obiettivo (1) _____

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

6. Valutazioni conclusive (3) _____

(1) Con particolare riferimento ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente.

(2) Indicare gli accertamenti eseguiti e riportare sommariamente il loro esito. I referti, vistati dal medico RP ed allegati al presente Documento, ne costituiscono parte integrante.

(3) Sintesi diagnostica dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione agli specifici rischi occupazionali.

7. Giudizio di idoneità all'esposizione alle radiazioni ionizzanti

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni _____

- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo la cessazione dell'esposizione
- Non idoneo

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso, ai sensi dell'art. 95 del D.Lgs 230/95, al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Tutela delle condizioni di lavoro - Divisione VI , entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato delle dosi ricevute dell'eventuale introduzione di radionuclidi, degli esami medici e degli eventuali esami radiotossicologici ai sensi dell'art. 84 comma 6 del D.Lgs 2390/95.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

8. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 7, effettuata il _____

a mezzo _____

Data

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

9.⁽¹⁾ Giudizio di idoneità agli altri fattori di rischio indicati al punto 1, per i quali la vigente normativa prevede la sorveglianza sanitaria (comma 1 dell'articolo 41 - D.Lgs. 81/2008)

Il Lavoratore _____ in base alle risultanze della visita medica praticata in data _____ viene giudicato

- Idoneo
- Idoneo parzialmente con prescrizione _____
- Idoneo parzialmente con limitazioni _____
- Non idoneo temporaneamente
- Non idoneo permanentemente

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso all'organo di vigilanza competente per territorio, ai sensi dell'art. 41 comma 6 del D.Lgs. 81/08, modificato con D.Lgs. 106/2010, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato della sorveglianza sanitaria, nonché dei risultati della medesima ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettere g) e h) del citato Decreto.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico competente

10. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 9, effettuata il _____

a mezzo _____

Data

Il Medico competente

(1) Questa sessione (9) e la successiva (10) vanno compilate solo nel caso che medico di R.P. sia nominato anche M.C.

VISITA MEDICA N.

(artt. 85 e 91, D.Lgs. 230/95)

PERIODICA

STRAORDINARIA

ECCEZIONALE ⁽¹⁾

per esposizione a radiazioni ionizzanti

esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione

cambiamento mansioni

controllo cessazione inidoneità

su richiesta (specificare di chi) _____

altri motivi (specificare) _____

fine rapporto di lavoro _____

Eventuali Allegati: _____

1. Dati occupazionali ⁽²⁾

Variatione destinazione lavorativa o mansioni _____

RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI

Irradiazione esterna: Totale Parti del corpo ⁽³⁾ _____

Irradiazione interna ⁽⁴⁾ _____

Classificazione ⁽⁵⁾ A B

ESPOSIZIONE AD ALTRI FATTORI DI RISCHIO per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria ⁽⁶⁾

NO SI (Specificare esposizione ai rischi): _____

2. Dosi (comunicate dall'E.Q. successivamente all'ultima visita medica)

Periodo di riferimento ⁽⁷⁾ _____

Dose per esposizione totale _____ mSv di cui:

a) per esposizione accidentale _____ mSv

b) per esposizione di emergenza _____ mSv

c) per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale _____ mSv

Dose a parti del corpo ⁽³⁾ _____ mSv

Dose efficace impegnata ⁽⁴⁾ _____ mSv

(1) Il Datore di lavoro deve provvedere a sottoporre, affidandola al Medico autorizzato, la sorveglianza medica eccezionale nei casi previsti dall'art. 91 del decreto 230.

(2) Questa sezione va compilata in caso di variazioni rispetto alla precedente visita medica, con i dati forniti rispettivamente dal Datore di lavoro, dall'Esperto Qualificato, dal Medico Competente. Il Medico RP dovrà indicare, per ciascuna delle voci riportate, il rispettivo Allegato, vistato numerato progressivamente

(3) Specificare.

(4) Specificare radionuclidi.

(5) Fornita dall'Esperto Qualificato.

(6) La sorveglianza sanitaria è obbligatoriamente prevista dalla normativa vigente (comma 1, art. 41, D.Lgs. 81/2008), in presenza di esposizione ai seguenti altri fattori di rischio: movimentazione manuale dei carichi - uso di attrezzature munite di videoterminali - esposizione ad agenti fisici, chimici e biologici.

(7) Esempio: I semestre, II semestre, anno.

3. Anamnesi intercorrente

Esposizione a RI da trattamenti medici (tipo e dose, se conosciuta) _____

Infortuni, traumi (lavorativi o extralavorativi) _____

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni private) _____

Contemporanea esposizione a rischio da RI presso altri Datori di lavoro o per attività professionale autonoma _____

Data _____

Firma del Lavoratore _____

4. Esame obiettivo (1) _____

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

6. Valutazioni conclusive (3) _____

(1) Con particolare riferimento ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente.

(2) Indicare gli accertamenti eseguiti e riportare sommariamente il loro esito. I referti, vistati dal medico RP ed allegati al presente Documento, ne costituiscono parte integrante.

(3) Sintesi diagnostica dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione agli specifici rischi occupazionali.

7. Giudizio di idoneità all'esposizione alle radiazioni ionizzanti

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni _____

- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo la cessazione dell'esposizione
- Non idoneo

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso, ai sensi dell'art. 95 del D.Lgs 230/95, al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Tutela delle condizioni di lavoro - Divisione VI , entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato delle dosi ricevute dell'eventuale introduzione di radionuclidi, degli esami medici e degli eventuali esami radiotossicologici ai sensi dell'art. 84 comma 6 del D.Lgs 2390/95.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

8. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 7, effettuata il _____

a mezzo _____

Data

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

9.^o Giudizio di idoneità agli altri fattori di rischio indicati al punto 1, per i quali la vigente normativa prevede la sorveglianza sanitaria (comma 1 dell'articolo 41 - D.Lgs. 81/2008)

Il Lavoratore _____ in base alle risultanze della visita medica praticata in data _____ viene giudicato

- Idoneo
- Idoneo parzialmente con prescrizione _____
- Idoneo parzialmente con limitazioni _____
- Non idoneo temporaneamente
- Non idoneo permanentemente

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso all'organo di vigilanza competente per territorio, ai sensi dell'art. 41 comma 6 del D.Lgs. 81/08, modificato con D.Lgs. 106/2010, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato della sorveglianza sanitaria, nonché dei risultati della medesima ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettere g) e h) del citato Decreto.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico competente

10. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 9, effettuata il _____

a mezzo _____

Data

Il Medico competente

(1) Questa sessione (9) e la successiva (10) vanno compilate solo nel caso che medico di R.P. sia nominato anche M.C.

VISITA MEDICA N.

(artt. 85 e 91, D.Lgs. 230/95)

PERIODICA

STRAORDINARIA

ECCEZIONALE ⁽¹⁾

per esposizione a radiazioni ionizzanti

esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione

cambiamento mansioni

controllo cessazione inidoneità

su richiesta (specificare di chi) _____

altri motivi (specificare) _____

fine rapporto di lavoro _____

Eventuali Allegati: _____

1. Dati occupazionali (2)

Variatione destinazione lavorativa o mansioni _____

RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI

Irradiazione esterna: Totale Parti del corpo (3) _____

Irradiazione interna (4) _____

Classificazione (6) A B

ESPOSIZIONE AD ALTRI FATTORI DI RISCHIO per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria (6)

NO SI (Specificare esposizione ai rischi): _____

2. Dosi (comunicate dall'E.Q. successivamente all'ultima visita medica)

Periodo di riferimento (7) _____

Dose per esposizione totale _____ mSv di cui:

a) per esposizione accidentale _____ mSv b) per esposizione di emergenza _____ mSv

c) per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale _____ mSv

Dose a parti del corpo (3) _____ mSv

Dose efficace impegnata (4) _____ mSv

(1) Il Datore di lavoro deve provvedere a sottoporre, affidandola al Medico autorizzato, la sorveglianza medica eccezionale nei casi previsti dall'art. 91 del decreto 230.

(2) Questa sezione va compilata in caso di variazioni rispetto alla precedente visita medica, con i dati forniti rispettivamente dal Datore di lavoro, dall'Esperto Qualificato, dal Medico Competente. Il Medico RP dovrà indicare, per ciascuna delle voci riportate, il rispettivo Allegato, vistato numerato progressivamente

(3) Specificare.

(4) Specificare radionuclidi.

(5) Fornita dall'Esperto Qualificato.

(6) La sorveglianza sanitaria è obbligatoriamente prevista dalla normativa vigente (comma 1, art. 41, D.Lgs. 81/2008), in presenza di esposizione ai seguenti altri fattori di rischio: movimentazione manuale dei carichi - uso di attrezzature munite di videoterminali - esposizione ad agenti fisici, chimici e biologici.

(7) Esempio: I semestre, II semestre, anno.

3. Anamnesi intercorrente

Esposizione a RI da trattamenti medici (tipo e dose, se conosciuta) _____

Infortuni, traumi (lavorativi o extralavorativi) _____

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni private) _____

Contemporanea esposizione a rischio da RI presso altri Datori di lavoro o per attività professionale autonoma _____

Data _____

Firma del Lavoratore _____

4. Esame obiettivo (1) _____

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

6. Valutazioni conclusive (3) _____

- (1) Con particolare riferimento ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente.
- (2) Indicare gli accertamenti eseguiti e riportare sommariamente il loro esito. I referti, vistati dal medico RP ed allegati al presente Documento, ne costituiscono parte integrante.
- (3) Sintesi diagnostica dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione agli specifici rischi occupazionali.

7. Giudizio di idoneità all'esposizione alle radiazioni ionizzanti

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni _____

- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo la cessazione dell'esposizione
- Non idoneo

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso, ai sensi dell'art. 95 del D.Lgs 230/95, al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Tutela delle condizioni di lavoro - Divisione VI , entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato delle dosi ricevute dell'eventuale introduzione di radionuclidi, degli esami medici e degli eventuali esami radiotossicologici ai sensi dell'art. 84 comma 6 del D.Lgs 2390/95.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

8. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 7, effettuata il _____

a mezzo _____

Data

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

9.⁽¹⁾ Giudizio di idoneità agli altri fattori di rischio indicati al punto 1, per i quali la vigente normativa prevede la sorveglianza sanitaria (comma 1 dell'articolo 41 - D.Lgs. 81/2008)

Il Lavoratore _____ in base alle risultanze della visita medica praticata in data _____ viene giudicato

- Idoneo
- Idoneo parzialmente con prescrizione _____
- Idoneo parzialmente con limitazioni _____
- Non idoneo temporaneamente
- Non idoneo permanentemente

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso all'organo di vigilanza competente per territorio, ai sensi dell'art. 41 comma 6 del D.Lgs. 81/08, modificato con D.Lgs. 106/2010, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato della sorveglianza sanitaria, nonché dei risultati della medesima ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettere g) e h) del citato Decreto.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico competente

10. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 9, effettuata il _____

a mezzo _____

Data

Il Medico competente

(1) Questa sessione (9) e la successiva (10) vanno compilate solo nel caso che medico di R.P. sia nominato anche M.C.

VISITA MEDICA N.

(artt. 85 e 91, D.Lgs. 230/95)

PERIODICA

STRAORDINARIA

ECCEZIONALE ⁽¹⁾

per esposizione a radiazioni ionizzanti

esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione

cambiamento mansioni

controllo cessazione idoneità

su richiesta (specificare di chi) _____

altri motivi (specificare) _____

fine rapporto di lavoro _____

Eventuali Allegati: _____

1. Dati occupazionali ⁽²⁾

Variatione destinazione lavorativa o mansioni _____

RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI

Irradiazione esterna: Totale Parti del corpo ⁽³⁾ _____

Irradiazione interna ⁽⁴⁾ _____

Classificazione ⁽⁶⁾

A

B

ESPOSIZIONE AD ALTRI FATTORI DI RISCHIO per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria ⁽⁶⁾

NO SI (Specificare esposizione ai rischi): _____

2. Dosi (comunicate dall'E.Q. successivamente all'ultima visita medica)

Periodo di riferimento ⁽⁷⁾ _____

Dose per esposizione totale _____ mSv di cui:

a) per esposizione accidentale _____ mSv

b) per esposizione di emergenza _____ mSv

c) per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale _____ mSv

Dose a parti del corpo ⁽³⁾ _____ mSv

Dose efficace impegnata ⁽⁴⁾ _____ mSv

(1) Il Datore di lavoro deve provvedere a sottoporre, affidandola al Medico autorizzato, la sorveglianza medica eccezionale nei casi previsti dall'art. 91 del decreto 230.

(2) Questa sezione va compilata in caso di variazioni rispetto alla precedente visita medica, con i dati forniti rispettivamente dal Datore di lavoro, dall'Esperto Qualificato, dal Medico Competente. Il Medico RP dovrà indicare, per ciascuna delle voci riportate, il rispettivo Allegato, vistato numerato progressivamente

(3) Specificare.

(4) Specificare radionuclidi.

(5) Fornita dall'Esperto Qualificato.

(6) La sorveglianza sanitaria è obbligatoriamente prevista dalla normativa vigente (comma 1, art. 41, D.Lgs. 81/2008), in presenza di esposizione ai seguenti altri fattori di rischio: movimentazione manuale dei carichi - uso di attrezzature munite di videoterminali - esposizione ad agenti fisici, chimici e biologici.

(7) Esempio: I semestre, II semestre, anno.

3. Anamnesi intercorrente

Esposizione a RI da trattamenti medici (tipo e dose, se conosciuta) _____

Infortuni, traumi (lavorativi o extralavorativi) _____

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni private) _____

Contemporanea esposizione a rischio da RI presso altri Datori di lavoro o per attività professionale autonoma _____

Data _____

Firma del Lavoratore _____

4. Esame obiettivo (1) _____

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

6. Valutazioni conclusive (3) _____

- (1) Con particolare riferimento ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente.
- (2) Indicare gli accertamenti eseguiti e riportare sommariamente il loro esito. I referti, vistati dal medico RP ed allegati al presente Documento, ne costituiscono parte integrante.
- (3) Sintesi diagnostica dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione agli specifici rischi occupazionali.

7. Giudizio di idoneità all'esposizione alle radiazioni ionizzanti

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni _____

- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo la cessazione dell'esposizione
- Non idoneo

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso, ai sensi dell'art. 95 del D.Lgs 230/95, al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Tutela delle condizioni di lavoro - Divisione VI, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato delle dosi ricevute dell'eventuale introduzione di radionuclidi, degli esami medici e degli eventuali esami radiotossicologici ai sensi dell'art. 84 comma 6 del D.Lgs 2390/95.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

8. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 7, effettuata il _____ a mezzo _____

Data

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

9.⁽¹⁾ Giudizio di idoneità agli altri fattori di rischio indicati al punto 1, per i quali la vigente normativa prevede la sorveglianza sanitaria (comma 1 dell'articolo 41 - D.Lgs. 81/2008)

Il Lavoratore _____ in base alle risultanze della visita medica praticata in data _____ viene giudicato

- Idoneo
- Idoneo parzialmente con prescrizione _____
- Idoneo parzialmente con limitazioni _____
- Non idoneo temporaneamente
- Non idoneo permanentemente

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso all'organo di vigilanza competente per territorio, ai sensi dell'art. 41 comma 6 del D.Lgs. 81/08, modificato con D.Lgs. 106/2010, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato della sorveglianza sanitaria, nonché dei risultati della medesima ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettere g) e h) del citato Decreto.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico competente

10. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 9, effettuata il _____ a mezzo _____

Data

Il Medico competente

(1) Questa sessione (9) e la successiva (10) vanno compilate solo nel caso che medico di R.P. sia nominato anche M.C.

VISITA MEDICA N.

(artt. 85 e 91, D.Lgs. 230/95)

PERIODICA

STRAORDINARIA

ECCEZIONALE ⁽¹⁾

per esposizione a radiazioni ionizzanti

esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione

cambiamento mansioni

controllo cessazione inidoneità

su richiesta (specificare di chi) _____

altri motivi (specificare) _____

fine rapporto di lavoro _____

Eventuali Allegati: _____

1. Dati occupazionali (2)

Variazione destinazione lavorativa o mansioni _____

RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI

Irradiazione esterna: Totale Parti del corpo (3) _____

Irradiazione interna (4) _____

Classificazione (6)

A

B

ESPOSIZIONE AD ALTRI FATTORI DI RISCHIO per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria (6)

NO SI (Specificare esposizione ai rischi): _____

2. Dosi (comunicate dall'E.Q. successivamente all'ultima visita medica)

Periodo di riferimento (7) _____

Dose per esposizione totale _____ mSv di cui:

a) per esposizione accidentale _____ mSv

b) per esposizione di emergenza _____ mSv

c) per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale _____ mSv

Dose a parti del corpo (3) _____ mSv

Dose efficace impegnata (4) _____ mSv

(1) Il Datore di lavoro deve provvedere a sottoporre, affidandola al Medico autorizzato, la sorveglianza medica eccezionale nei casi previsti dall'art. 91 del decreto 230.

(2) Questa sezione va compilata in caso di variazioni rispetto alla precedente visita medica, con i dati forniti rispettivamente dal Datore di lavoro, dall'Esperto Qualificato, dal Medico Competente. Il Medico RP dovrà indicare, per ciascuna delle voci riportate, il rispettivo Allegato, vistato numerato progressivamente

(3) Specificare.

(4) Specificare radionuclidi.

(5) Fornita dall'Esperto Qualificato.

(6) La sorveglianza sanitaria è obbligatoriamente prevista dalla normativa vigente (comma 1, art. 41, D.Lgs. 81/2008), in presenza di esposizione ai seguenti altri fattori di rischio: movimentazione manuale dei carichi - uso di attrezzature munite di videotermini - esposizione ad agenti fisici, chimici e biologici.

(7) Esempio: I semestre, II semestre, anno.

3. Anamnesi intercorrente

Esposizione a RI da trattamenti medici (tipo e dose, se conosciuta) _____

Infortuni, traumi (lavorativi o extralavorativi) _____

Invalità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni private) _____

Contemporanea esposizione a rischio da RI presso altri Datori di lavoro o per attività professionale autonoma _____

Data _____

Firma del Lavoratore _____

4. Esame obiettivo (1) _____

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

6. Valutazioni conclusive (3) _____

- (1) Con particolare riferimento ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente.
- (2) Indicare gli accertamenti eseguiti e riportare sommariamente il loro esito. I referti, visti dal medico RP ed allegati al presente Documento, ne costituiscono parte integrante.
- (3) Sintesi diagnostica dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione agli specifici rischi occupazionali.

7. Giudizio di idoneità all'esposizione alle radiazioni ionizzanti

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni _____

- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo la cessazione dell'esposizione
- Non idoneo

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso, ai sensi dell'art. 95 del D.Lgs 230/95, al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Tutela delle condizioni di lavoro - Divisione VI, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato delle dosi ricevute dell'eventuale introduzione di radionuclidi, degli esami medici e degli eventuali esami radiotossicologici ai sensi dell'art. 84 comma 6 del D.Lgs 2390/95.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

8. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 7, effettuata il _____

a mezzo _____

Data

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

9.⁽¹⁾ Giudizio di idoneità agli altri fattori di rischio indicati al punto 1, per i quali la vigente normativa prevede la sorveglianza sanitaria (comma 1 dell'articolo 41 - D.Lgs. 81/2008)

Il Lavoratore _____ in base alle risultanze della visita medica praticata in data _____ viene giudicato

- Idoneo
- Idoneo parzialmente con prescrizione _____
- Idoneo parzialmente con limitazioni _____
- Non idoneo temporaneamente
- Non idoneo permanentemente

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso all'organo di vigilanza competente per territorio, ai sensi dell'art. 41 comma 6 del D.Lgs. 81/08, modificato con D.Lgs. 106/2010, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato della sorveglianza sanitaria, nonché dei risultati della medesima ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettere g) e h) del citato Decreto.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico competente

10. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 9, effettuata il _____

a mezzo _____

Data

Il Medico competente

(1) Questa sessione (9) e la successiva (10) vanno compilate solo nel caso che medico di R.P. sia nominato anche M.C.

VISITA MEDICA N.

(artt. 85 e 91, D.Lgs. 230/95)

PERIODICA

STRAORDINARIA

ECCEZIONALE ⁽¹⁾

per esposizione a radiazioni ionizzanti

esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione

cambiamento mansioni

controllo cessazione inidoneità

su richiesta (specificare di chi) _____

altri motivi (specificare) _____

fine rapporto di lavoro _____

Eventuali Allegati: _____

1. Dati occupazionali ⁽²⁾

Variatione destinazione lavorativa o mansioni _____

RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI

Irradiazione esterna: Totale Parti del corpo ⁽³⁾ _____

Irradiazione interna ⁽⁴⁾ _____

Classificazione ⁽⁶⁾

A

B

ESPOSIZIONE AD ALTRI FATTORI DI RISCHIO per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria ⁽⁶⁾

NO SI (Specificare esposizione ai rischi): _____

2. Dosi (comunicate dall'E.Q. successivamente all'ultima visita medica)

Periodo di riferimento ⁽⁷⁾ _____

Dose per esposizione totale _____ mSv di cui:

a) per esposizione accidentale _____ mSv

b) per esposizione di emergenza _____ mSv

c) per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale _____ mSv

Dose a parti del corpo ⁽³⁾ _____ mSv

Dose efficace impegnata ⁽⁴⁾ _____ mSv

(1) Il Datore di lavoro deve provvedere a sottoporre, affidandola al Medico autorizzato, la sorveglianza medica eccezionale nei casi previsti dall'art. 91 del decreto 230.

(2) Questa sezione va compilata in caso di variazioni rispetto alla precedente visita medica, con i dati forniti rispettivamente dal Datore di lavoro, dall'Esperto Qualificato, dal Medico Competente. Il Medico RP dovrà indicare, per ciascuna delle voci riportate, il rispettivo Allegato, vistato numerato progressivamente

(3) Specificare.

(4) Specificare radionuclidi.

(5) Fornita dall'Esperto Qualificato.

(6) La sorveglianza sanitaria è obbligatoriamente prevista dalla normativa vigente (comma 1, art. 41, D.Lgs. 81/2008), in presenza di esposizione ai seguenti altri fattori di rischio: movimentazione manuale dei carichi - uso di attrezzature munite di videoterminali - esposizione ad agenti fisici, chimici e biologici.

(7) Esempio: I semestre, II semestre, anno.

3. Anamnesi intercorrente

Esposizione a RI da trattamenti medici (tipo e dose, se conosciuta) _____

Infortuni, traumi (lavorativi o extralavorativi) _____

Invalità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni private) _____

Contemporanea esposizione a rischio da RI presso altri Datori di lavoro o per attività professionale autonoma _____

Data _____

Firma del Lavoratore _____

4. Esame obiettivo (1) _____

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

6. Valutazioni conclusive (3) _____

- (1) Con particolare riferimento ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente.
- (2) Indicare gli accertamenti eseguiti e riportare sommariamente il loro esito. I referti, vistati dal medico RP ed allegati al presente Documento, ne costituiscono parte integrante.
- (3) Sintesi diagnostica dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione agli specifici rischi occupazionali.

7. Giudizio di idoneità all'esposizione alle radiazioni ionizzanti

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni _____

- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo la cessazione dell'esposizione
- Non idoneo

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso, ai sensi dell'art. 95 del D.Lgs 230/95, al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Tutela delle condizioni di lavoro - Divisione VI, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato delle dosi ricevute dell'eventuale introduzione di radionuclidi, degli esami medici e degli eventuali esami radiotossicologici ai sensi dell'art. 84 comma 6 del D.Lgs 2390/95.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

8. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 7, effettuata il _____

a mezzo _____

Data

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

9.⁽¹⁾ Giudizio di idoneità agli altri fattori di rischio indicati al punto 1, per i quali la vigente normativa prevede la sorveglianza sanitaria (comma 1 dell'articolo 41 - D.Lgs. 81/2008)

Il Lavoratore _____ in base alle risultanze della visita medica praticata in data _____ viene giudicato

- Idoneo
- Idoneo parzialmente con prescrizione _____
- Idoneo parzialmente con limitazioni _____
- Non idoneo temporaneamente
- Non idoneo permanentemente

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso all'organo di vigilanza competente per territorio, ai sensi dell'art. 41 comma 6 del D.Lgs. 81/08, modificato con D.Lgs. 106/2010, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato della sorveglianza sanitaria, nonché dei risultati della medesima ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettere g) e h) del citato Decreto.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico competente

10. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 9, effettuata il _____

a mezzo _____

Data

Il Medico competente

(1) Questa sessione (9) e la successiva (10) vanno compilate solo nel caso che medico di R.P. sia nominato anche M.C.

VISITA MEDICA N.

(artt. 85 e 91, D.Lgs. 230/95)

PERIODICA

STRAORDINARIA

ECCEZIONALE ⁽¹⁾

per esposizione a radiazioni ionizzanti

esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione

cambiamento mansioni

controllo cessazione inidoneità

su richiesta (specificare di chi) _____

altri motivi (specificare) _____

fine rapporto di lavoro _____

Eventuali Allegati: _____

1. Dati occupazionali ⁽²⁾

Variazione destinazione lavorativa o mansioni _____

RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI

Irradiazione esterna: Totale Parti del corpo ⁽³⁾ _____

Irradiazione interna ⁽⁴⁾ _____

Classificazione ⁽⁶⁾

A

B

ESPOSIZIONE AD ALTRI FATTORI DI RISCHIO per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria ⁽⁶⁾

NO SI (Specificare esposizione ai rischi): _____

2. Dosi (comunicate dall'E.Q. successivamente all'ultima visita medica)

Periodo di riferimento ⁽⁷⁾ _____

Dose per esposizione totale _____ mSv di cui:

a) per esposizione accidentale _____ mSv

b) per esposizione di emergenza _____ mSv

c) per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale _____ mSv

Dose a parti del corpo ⁽³⁾ _____ mSv

Dose efficace impegnata ⁽⁴⁾ _____ mSv

(1) Il Datore di lavoro deve provvedere a sottoporre, affidandola al Medico autorizzato, la sorveglianza medica eccezionale nei casi previsti dall'art. 91 del decreto 230.

(2) Questa sezione va compilata in caso di variazioni rispetto alla precedente visita medica, con i dati forniti rispettivamente dal Datore di lavoro, dall'Esperto Qualificato, dal Medico Competente. Il Medico RP dovrà indicare, per ciascuna delle voci riportate, il rispettivo Allegato, vistato numerato progressivamente

(3) Specificare.

(4) Specificare radionuclidi.

(5) Fornita dall'Esperto Qualificato.

(6) La sorveglianza sanitaria è obbligatoriamente prevista dalla normativa vigente (comma 1, art. 41, D.Lgs. 81/2008), in presenza di esposizione ai seguenti altri fattori di rischio: movimentazione manuale dei carichi - uso di attrezzature munite di videotermini - esposizione ad agenti fisici, chimici e biologici.

(7) Esempio: I semestre, II semestre, anno.

3. Anamnesi intercorrente

Esposizione a RI da trattamenti medici (tipo e dose, se conosciuta) _____

Infortuni, traumi (lavorativi o extralavorativi) _____

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni private) _____

Contemporanea esposizione a rischio da RI presso altri Datori di lavoro o per attività professionale autonoma _____

Data _____

Firma del Lavoratore _____

4. Esame obiettivo (1) _____

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

6. Valutazioni conclusive (3) _____

(1) Con particolare riferimento ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente.

(2) Indicare gli accertamenti eseguiti e riportare sommariamente il loro esito. I referti, vistati dal medico RP ed allegati al presente Documento, ne costituiscono parte integrante.

(3) Sintesi diagnostica dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione agli specifici rischi occupazionali.

7. Giudizio di idoneità all'esposizione alle radiazioni ionizzanti

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni _____
-
- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo la cessazione dell'esposizione
- Non idoneo

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso, ai sensi dell'art. 95 del D.Lgs 230/95, al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Tutela delle condizioni di lavoro - Divisione VI, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato delle dosi ricevute dell'eventuale introduzione di radionuclidi, degli esami medici e degli eventuali esami radiotossicologici ai sensi dell'art. 84 comma 6 del D.Lgs 2390/95.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

8. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 7, effettuata il _____
a mezzo _____

Data

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

9.⁽¹⁾ Giudizio di idoneità agli altri fattori di rischio indicati al punto 1, per i quali la vigente normativa prevede la sorveglianza sanitaria (comma 1 dell'articolo 41 - D.Lgs. 81/2008)

Il Lavoratore _____ in base alle risultanze della visita medica praticata in data _____
viene giudicato

- Idoneo Idoneo parzialmente con prescrizione _____
- Idoneo parzialmente con limitazioni _____
- Non idoneo temporaneamente Non idoneo permanentemente

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso all'organo di vigilanza competente per territorio, ai sensi dell'art. 41 comma 6 del D.Lgs. 81/08, modificato con D.Lgs. 106/2010, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato della sorveglianza sanitaria, nonché dei risultati della medesima ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettere g) e h) del citato Decreto.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico competente

10. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 9, effettuata il _____
a mezzo _____

Data

Il Medico competente

(1) Questa sessione (9) e la successiva (10) vanno compilate solo nel caso che medico di R.P. sia nominato anche M.C.

VISITA MEDICA N.

(artt. 85 e 91, D.Lgs. 230/95)

PERIODICA

STRAORDINARIA

ECCEZIONALE ⁽¹⁾

per esposizione a radiazioni ionizzanti

esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione

cambiamento mansioni

controllo cessazione inidoneità

su richiesta (specificare di chi) _____

altri motivi (specificare) _____

fine rapporto di lavoro _____

Eventuali Allegati: _____

1. Dati occupazionali ⁽²⁾

Variazione destinazione lavorativa o mansioni _____

RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI

Irradiazione esterna: Totale Parti del corpo ⁽³⁾ _____

Irradiazione interna ⁽⁴⁾ _____

Classificazione ⁽⁶⁾

A

B

ESPOSIZIONE AD ALTRI FATTORI DI RISCHIO per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria ⁽⁶⁾

NO SI (Specificare esposizione ai rischi): _____

2. Dosi (comunicate dall'E.Q. successivamente all'ultima visita medica)

Periodo di riferimento ⁽⁷⁾ _____

Dose per esposizione totale _____ mSv di cui:

a) per esposizione accidentale _____ mSv

b) per esposizione di emergenza _____ mSv

c) per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale _____ mSv

Dose a parti del corpo ⁽³⁾ _____ mSv

Dose efficace impegnata ⁽⁴⁾ _____ mSv

(1) Il Datore di lavoro deve provvedere a sottoporre, affidandola al Medico autorizzato, la sorveglianza medica eccezionale nei casi previsti dall'art. 91 del decreto 230.

(2) Questa sezione va compilata in caso di variazioni rispetto alla precedente visita medica, con i dati forniti rispettivamente dal Datore di lavoro, dall'Esperto Qualificato, dal Medico Competente. Il Medico RP dovrà indicare, per ciascuna delle voci riportate, il rispettivo Allegato, vistato numerato progressivamente

(3) Specificare.

(4) Specificare radionuclidi.

(5) Fornita dall'Esperto Qualificato.

(6) La sorveglianza sanitaria è obbligatoriamente prevista dalla normativa vigente (comma 1, art. 41, D.Lgs. 81/2008), in presenza di esposizione ai seguenti altri fattori di rischio: movimentazione manuale dei carichi - uso di attrezzature munite di videotermini - esposizione ad agenti fisici, chimici e biologici.

(7) Esempio: I semestre, II semestre, anno.

3. Anamnesi intercorrente

Esposizione a RI da trattamenti medici (tipo e dose, se conosciuta) _____

Infortuni, traumi (lavorativi o extralavorativi) _____

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni private) _____

Contemporanea esposizione a rischio da RI presso altri Datori di lavoro o per attività professionale autonoma _____

Data _____

Firma del Lavoratore _____

4. Esame obiettivo (1) _____

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

6. Valutazioni conclusive (3) _____

(1) Con particolare riferimento ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente.

(2) Indicare gli accertamenti eseguiti e riportare sommariamente il loro esito. I referti, vistati dal medico RP ed allegati al presente Documento, ne costituiscono parte integrante.

(3) Sintesi diagnostica dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione agli specifici rischi occupazionali.

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni _____

- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo la cessazione dell'esposizione
- Non idoneo

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso, ai sensi dell'art. 95 del D.Lgs 230/95, al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Tutela delle condizioni di lavoro - Divisione VI , entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato delle dosi ricevute dell'eventuale introduzione di radionuclidi, degli esami medici e degli eventuali esami radiotossicologici ai sensi dell'art. 84 comma 6 del D.Lgs 2390/95.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

8. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 7, effettuata il _____ a mezzo _____

Data

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

9.⁽¹⁾ Giudizio di idoneità agli altri fattori di rischio indicati al punto 1, per i quali la vigente normativa prevede la sorveglianza sanitaria (comma 1 dell'articolo 41 - D.Lgs. 81/2008)

Il Lavoratore _____ in base alle risultanze della visita medica praticata in data _____ viene giudicato

- Idoneo Idoneo parzialmente con prescrizione _____
- Idoneo parzialmente con limitazioni _____
- Non idoneo temporaneamente Non idoneo permanentemente

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso all'organo di vigilanza competente per territorio, ai sensi dell'art. 41 comma 6 del D.Lgs. 81/08, modificato con D.Lgs. 106/2010, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato della sorveglianza sanitaria, nonché dei risultati della medesima ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettere g) e h) del citato Decreto.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico competente

10. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 9, effettuata il _____ a mezzo _____

Data

Il Medico competente

(1) Questa sessione (9) e la successiva (10) vanno compilate solo nel caso che medico di R.P. sia nominato anche M.C.

VISITA MEDICA N.

(artt. 85 e 91, D.Lgs. 230/95)

PERIODICA

STRAORDINARIA

ECCEZIONALE ⁽¹⁾

per esposizione a radiazioni ionizzanti

esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione

cambiamento mansioni

controllo cessazione inidoneità

su richiesta (specificare di chi) _____

altri motivi (specificare) _____

fine rapporto di lavoro _____

Eventuali Allegati: _____

1. Dati occupazionali ⁽²⁾

Variatione destinazione lavorativa o mansioni _____

RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI

Irradiazione esterna: Totale Parti del corpo ⁽³⁾ _____

Irradiazione interna ⁽⁴⁾ _____

Classificazione ⁽⁶⁾ A B

ESPOSIZIONE AD ALTRI FATTORI DI RISCHIO per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria ⁽⁶⁾

NO SI (Specificare esposizione ai rischi): _____

2. Dosi (comunicate dall'E.Q. successivamente all'ultima visita medica)

Periodo di riferimento ⁽⁷⁾ _____

Dose per esposizione totale _____ mSv di cui:

a) per esposizione accidentale _____ mSv

b) per esposizione di emergenza _____ mSv

c) per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale _____ mSv

Dose a parti del corpo ⁽³⁾ _____ mSv

Dose efficace impegnata ⁽⁴⁾ _____ mSv

(1) Il Datore di lavoro deve provvedere a sottoporre, affidandola al Medico autorizzato, la sorveglianza medica eccezionale nei casi previsti dall'art. 91 del decreto 230.

(2) Questa sezione va compilata in caso di variazioni rispetto alla precedente visita medica, con i dati forniti rispettivamente dal Datore di lavoro, dall'Esperto Qualificato, dal Medico Competente. Il Medico RP dovrà indicare, per ciascuna delle voci riportate, il rispettivo Allegato, vistato numerato progressivamente

(3) Specificare.

(4) Specificare radionuclidi.

(5) Fornita dall'Esperto Qualificato.

(6) La sorveglianza sanitaria è obbligatoriamente prevista dalla normativa vigente (comma 1, art. 41, D.Lgs. 81/2008), in presenza di esposizione ai seguenti altri fattori di rischio: movimentazione manuale dei carichi - uso di attrezzature munite di videoterminali - esposizione ad agenti fisici, chimici e biologici.

(7) Esempio: I semestre, II semestre, anno.

3. Anamnesi intercorrente

Esposizione a RI da trattamenti medici (tipo e dose, se conosciuta) _____

Infortuni, traumi (lavorativi o extralavorativi) _____

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni private) _____

Contemporanea esposizione a rischio da RI presso altri Datori di lavoro o per attività professionale autonoma _____

Data _____

Firma del Lavoratore _____

4. Esame obiettivo (1) _____

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

6. Valutazioni conclusive (3) _____

- (1) Con particolare riferimento ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente.
- (2) Indicare gli accertamenti eseguiti e riportare sommariamente il loro esito. I referti, vistati dal medico RP ed allegati al presente Documento, ne costituiscono parte integrante.
- (3) Sintesi diagnostica dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione agli specifici rischi occupazionali.

7. Giudizio di idoneità all'esposizione alle radiazioni ionizzanti

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni _____
-
- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo la cessazione dell'esposizione
- Non idoneo

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso, ai sensi dell'art. 95 del D.Lgs 230/95, al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Tutela delle condizioni di lavoro - Divisione VI, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato delle dosi ricevute dell'eventuale introduzione di radionuclidi, degli esami medici e degli eventuali esami radiotossicologici ai sensi dell'art. 84 comma 6 del D.Lgs 2390/95.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

8. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 7, effettuata il _____

a mezzo _____

Data

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

9.^o Giudizio di idoneità agli altri fattori di rischio indicati al punto 1, per i quali la vigente normativa prevede la sorveglianza sanitaria (comma 1 dell'articolo 41 - D.Lgs. 81/2008)

Il Lavoratore _____ in base alle risultanze della visita medica praticata in data _____ viene giudicato

- Idoneo Idoneo parzialmente con prescrizione _____
- Idoneo parzialmente con limitazioni _____
- Non idoneo temporaneamente Non idoneo permanentemente

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso all'organo di vigilanza competente per territorio, ai sensi dell'art. 41 comma 6 del D.Lgs. 81/08, modificato con D.Lgs. 106/2010, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato della sorveglianza sanitaria, nonché dei risultati della medesima ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettere g) e h) del citato Decreto.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico competente

10. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 9, effettuata il _____

a mezzo _____

Data

Il Medico competente

(1) Questa sessione (9) e la successiva (10) vanno compilate solo nel caso che medico di R.P. sia nominato anche M.C.

VISITA MEDICA N.

(artt. 85 e 91, D.Lgs. 230/95)

PERIODICA

STRAORDINARIA

ECCEZIONALE ⁽¹⁾

per esposizione a radiazioni ionizzanti

esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione

cambiamento mansioni

controllo cessazione inidoneità

su richiesta (specificare di chi) _____

altri motivi (specificare) _____

fine rapporto di lavoro _____

Eventuali Allegati: _____

1. Dati occupazionali ⁽²⁾

Variatione destinazione lavorativa o mansioni _____

RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI

Irradiazione esterna: Totale Parti del corpo ⁽³⁾ _____

Irradiazione interna ⁽⁴⁾ _____

Classificazione ⁽⁶⁾

A

B

ESPOSIZIONE AD ALTRI FATTORI DI RISCHIO per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria ⁽⁶⁾

NO SI (Specificare esposizione ai rischi): _____

2. Dosi (comunicate dall'E.Q. successivamente all'ultima visita medica)

Periodo di riferimento ⁽⁷⁾ _____

Dose per esposizione totale _____ mSv di cui:

a) per esposizione accidentale _____ mSv

b) per esposizione di emergenza _____ mSv

c) per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale _____ mSv

Dose a parti del corpo ⁽³⁾ _____ mSv

Dose efficace impegnata ⁽⁴⁾ _____ mSv

(1) Il Datore di lavoro deve provvedere a sottoporre, affidandola al Medico autorizzato, la sorveglianza medica eccezionale nei casi previsti dall'art. 91 del decreto 230.
(2) Questa sezione va compilata in caso di variazioni rispetto alla precedente visita medica, con i dati forniti rispettivamente dal Datore di lavoro, dall'Esperto Qualificato, dal Medico Competente. Il Medico RP dovrà indicare, per ciascuna delle voci riportate, il rispettivo Allegato, vistato numerato progressivamente
(3) Specificare.
(4) Specificare radionuclidi.
(5) Fornita dall'Esperto Qualificato.
(6) La sorveglianza sanitaria è obbligatoriamente prevista dalla normativa vigente (comma 1, art. 41, D.Lgs. 81/2008), in presenza di esposizione ai seguenti altri fattori di rischio: movimentazione manuale dei carichi - uso di attrezzature munite di videotermini - esposizione ad agenti fisici, chimici e biologici.
(7) Esempio: I semestre, II semestre, anno.

3. Anamnesi intercorrente

Esposizione a RI da trattamenti medici (tipo e dose, se conosciuta) _____

Infortuni, traumi (lavorativi o extralavorativi) _____

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni private) _____

Contemporanea esposizione a rischio da RI presso altri Datori di lavoro o per attività professionale autonoma _____

Data _____

Firma del Lavoratore _____

4. Esame obiettivo (1) _____

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

6. Valutazioni conclusive (3) _____

(1) Con particolare riferimento ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente.

(2) Indicare gli accertamenti eseguiti e riportare sommariamente il loro esito. I referti, vistati dal medico RP ed allegati al presente Documento, ne costituiscono parte integrante.

(3) Sintesi diagnostica dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione agli specifici rischi occupazionali.

7. Giudizio di idoneità all'esposizione alle radiazioni ionizzanti

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni _____

- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo la cessazione dell'esposizione
- Non idoneo

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso, ai sensi dell'art. 95 del D.Lgs 230/95, al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Tutela delle condizioni di lavoro - Divisione VI, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato delle dosi ricevute dell'eventuale introduzione di radionuclidi, degli esami medici e degli eventuali esami radiotossicologici ai sensi dell'art. 84 comma 6 del D.Lgs 2390/95.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

8. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 7, effettuata il _____

a mezzo _____

Data

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

9.⁽¹⁾ Giudizio di idoneità agli altri fattori di rischio indicati al punto 1, per i quali la vigente normativa prevede la sorveglianza sanitaria (comma 1 dell'articolo 41 - D.Lgs. 81/2008)

Il Lavoratore _____ in base alle risultanze della visita medica praticata in data _____ viene giudicato

- Idoneo
- Idoneo parzialmente con prescrizione _____
- Idoneo parzialmente con limitazioni _____
- Non idoneo temporaneamente
- Non idoneo permanentemente

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso all'organo di vigilanza competente per territorio, ai sensi dell'art. 41 comma 6 del D.Lgs. 81/08, modificato con D.Lgs. 106/2010, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato della sorveglianza sanitaria, nonché dei risultati della medesima ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettere g) e h) del citato Decreto.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico competente

10. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 9, effettuata il _____

a mezzo _____

Data

Il Medico competente

(1) Questa sessione (9) e la successiva (10) vanno compilate solo nel caso che medico di R.P. sia nominato anche M.C.

VISITA MEDICA N.

(artt. 85 e 91, D.Lgs. 230/95)

PERIODICA

STRAORDINARIA

ECCEZIONALE ⁽¹⁾

per esposizione a radiazioni ionizzanti

esposizione ad altri fattori di rischio

Motivazione

cambiamento mansioni

controllo cessazione idoneità

su richiesta (specificare di chi) _____

altri motivi (specificare) _____

fine rapporto di lavoro _____

Eventuali Allegati: _____

1. Dati occupazionali ⁽²⁾

Variatione destinazione lavorativa o mansioni _____

RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI

Irradiazione esterna: Totale Parti del corpo ⁽³⁾ _____

Irradiazione interna ⁽⁴⁾ _____

Classificazione ⁽⁵⁾

A

B

ESPOSIZIONE AD ALTRI FATTORI DI RISCHIO per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria ⁽⁶⁾

NO SI (Specificare esposizione ai rischi): _____

2. Dosi (comunicate dall'E.Q. successivamente all'ultima visita medica)

Periodo di riferimento ⁽⁷⁾ _____

Dose per esposizione totale _____ mSv di cui:

a) per esposizione accidentale _____ mSv

b) per esposizione di emergenza _____ mSv

c) per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale _____ mSv

Dose a parti del corpo ⁽³⁾ _____ mSv

Dose efficace impegnata ⁽⁴⁾ _____ mSv

(1) Il Datore di lavoro deve provvedere a sottoporre, affidandola al Medico autorizzato, la sorveglianza medica eccezionale nei casi previsti dall'art. 91 del decreto 230.

(2) Questa sezione va compilata in caso di variazioni rispetto alla precedente visita medica, con i dati forniti rispettivamente dal Datore di lavoro, dall'Esperto Qualificato, dal Medico Competente. Il Medico RP dovrà indicare, per ciascuna delle voci riportate, il rispettivo Allegato, vistato numerato progressivamente

(3) Specificare.

(4) Specificare radionuclidi.

(5) Fornita dall'Esperto Qualificato.

(6) La sorveglianza sanitaria è obbligatoriamente prevista dalla normativa vigente (comma 1, art. 41, D.Lgs. 81/2008), in presenza di esposizione ai seguenti altri fattori di rischio: movimentazione manuale dei carichi - uso di attrezzature munite di videoterminali - esposizione ad agenti fisici, chimici e biologici.

(7) Esempio: I semestre, II semestre, anno.

3. Anamnesi intercorrente

Esposizione a RI da trattamenti medici (tipo e dose, se conosciuta) _____

Infortuni, traumi (lavorativi o extralavorativi) _____

Invalidità riconosciute (Invalidità civile, INPS, INAIL, Assicurazioni private) _____

Contemporanea esposizione a rischio da RI presso altri Datori di lavoro o per attività professionale autonoma _____

Data _____

Firma del Lavoratore _____

4. Esame obiettivo (1) _____

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

6. Valutazioni conclusive (3) _____

(1) Con particolare riferimento ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente.

(2) Indicare gli accertamenti eseguiti e riportare sommariamente il loro esito. I referti, vistati dal medico RP ed allegati al presente Documento, ne costituiscono parte integrante.

(3) Sintesi diagnostica dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione agli specifici rischi occupazionali.

7. Giudizio di idoneità all'esposizione alle radiazioni ionizzanti

- Idoneo
- Idoneo con le seguenti condizioni _____

- Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo la cessazione dell'esposizione
- Non idoneo

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso, ai sensi dell'art. 95 del D.Lgs 230/95, al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Tutela delle condizioni di lavoro - Divisione VI , entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato delle dosi ricevute dell'eventuale introduzione di radionuclidi, degli esami medici e degli eventuali esami radiotossicologici ai sensi dell'art. 84 comma 6 del D.Lgs 2390/95.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

8. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 7, effettuata il _____ a mezzo _____

Data

Il Medico addetto alla sorveglianza medica

9.⁽¹⁾ Giudizio di idoneità agli altri fattori di rischio indicati al punto 1, per i quali la vigente normativa prevede la sorveglianza sanitaria (comma 1 dell'articolo 41 - D.Lgs. 81/2008)

Il Lavoratore _____ in base alle risultanze della visita medica praticata in data _____ viene giudicato

- Idoneo
- Idoneo parzialmente con prescrizione _____
- Idoneo parzialmente con limitazioni _____
- Non idoneo temporaneamente
- Non idoneo permanentemente

Avverso al giudizio sopra formulato è ammesso ricorso all'organo di vigilanza competente per territorio, ai sensi dell'art. 41 comma 6 del D.Lgs. 81/08, modificato con D.Lgs. 106/2010, entro 30 giorni.

Sono stato informato dal Medico del significato della sorveglianza sanitaria, nonché dei risultati della medesima ai sensi dell'art. 25 comma 1, lettere g) e h) del citato Decreto.

Data _____

Il Lavoratore

Il Medico competente

10. Tramissione al Datore di lavoro del giudizio di idoneità, di cui al precedente punto 9, effettuata il _____ a mezzo _____

Data

Il Medico competente

(1) Questa sessione (9) e la successiva (10) vanno compilate solo nel caso che medico di R.P. sia nominato anche M.C.

CONSERVAZIONE DEL DOCUMENTO SANITARIO PERSONALE

A) CESSAZIONE DELL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dall'incarico, avvenuta il _____ il presente Documento Sanitario Personale, completo di n. _____ allegati, viene consegnato al Medico Dott. _____

Data _____

Il Medico uscente _____

Dichiaro di ricevere dal Dott _____ che cessa dall'incarico, il presente Documento completo di n. _____ allegati

Data _____

Il Medico subentrante _____

A) CESSAZIONE DELL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dall'incarico, avvenuta il _____ il presente Documento Sanitario Personale, completo di n. _____ allegati, viene consegnato al Medico Dott. _____

Data _____

Il Medico uscente _____

Dichiaro di ricevere dal Dott _____ che cessa dall'incarico, il presente Documento completo di n. _____ allegati

Data _____

Il Medico subentrante _____

A) CESSAZIONE DELL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dall'incarico, avvenuta il _____ il presente Documento Sanitario Personale, completo di n. _____ allegati, viene consegnato al Medico Dott. _____

Data _____

Il Medico uscente _____

Dichiaro di ricevere dal Dott _____ che cessa dall'incarico, il presente Documento completo di n. _____ allegati

Data _____

Il Medico subentrante _____

A) CESSAZIONE DELL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dall'incarico, avvenuta il _____ il presente Documento Sanitario Personale, completo di n. _____ allegati, viene consegnato al Medico Dott. _____

Data _____

Il Medico uscente _____

Dichiaro di ricevere dal Dott _____ che cessa dall'incarico, il presente Documento completo di n. _____ allegati

Data _____

Il Medico subentrante _____

B) CONSERVAZIONE IN COSTANZA DEL RAPPORTO DI LAVORO

Essendo esaurito il presente documento

ovvero avendo, il Lavoratore _____ cessato il lavoro comportante esposizione al rischio da radiazioni ionizzanti il _____ (notificato il _____ all. n. _____) per

trasferimento ad altra attività

chiusura del reparto in cui lavorava in presenza del suddetto rischio

altre ragioni _____

il presente Documento sanitario personale completo di n. _____ allegati, viene conservato in conformità a quanto previsto dall'art. 90, comma 3, del D.Lgs. 230/95, presso _____

Data _____

Firma del Medico _____

B) CONSERVAZIONE IN COSTANZA DEL RAPPORTO DI LAVORO

Il presente Documento, completo di n. _____ allegati, unitamente ai documenti di cui all'art. 81, comma 1, lettere d) ed e), del D. Lgs. 230/95 e successive modificazioni ed integrazioni, viene trasmesso ai sensi dell'articolo 90, comma 4 a _____ per:

cessazione dell'attività dell'Impresa, avvenuta il _____ notificata il _____

risoluzione del rapporto di lavoro, avvenuta il _____ notificata il (1) _____

Copia del Documento viene

consegnata

spedita per raccomandata R.R.

al Lavoratore _____

ai sensi dell'art. 90, comma 2, del medesimo Decreto.

Data _____ Il Medico di radioprotezione _____ Il Lavoratore _____

ANNOTAZIONI (2) _____

(1) La cessazione del rapporto di lavoro va comunicata dal Datore di lavoro all'Esperto qualificato e al Medico ai sensi dell'art. 61 del D.Lgs. 230/95 e successive modifiche ed integrazioni.

(2) Ad esempio: motivazioni che hanno impedito la consegna diretta del Documento, suggerimenti e consigli al Lavoratore, rapporti col medico curante, ecc.

FAC-SIMILE TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO D'IDONEITÀ

VISITA PREVENTIVA

A: Datore di lavoro _____

A: Lavoratore _____

A: _____

Oggetto: Giudizio di idoneità al lavoro specifico - Visita preventiva ai sensi dell'art. 84 del D. Lgs. 230/95

Il Lavoratore _____

Classificato in categoria A B

al fine di accertare l'idoneità per l'esposizione alle radiazioni ionizzanti, è stato sottoposto in data _____
a visita medica preventiva per l'esposizione alle radiazioni ionizzanti con il seguente esito:

IDONEO

IDONEO CON LE CONSEGUENTI CONDIZIONI _____

NON IDONEO

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi _____ a decorrere dalla data della visita medica sopra indicata.

Il Lavoratore deve sottoporsi a nuova visita medica il _____ previa esecuzione degli accertamenti riportati in allegato (1).

Data _____

Il Medico R.P. _____

(1) Riportare l'allegato solamente nella copia per il Lavoratore.

FAC-SIMILE TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO D'IDONEITÀ

VISITE PERIODICHE, STRAORDINARIE, ECCEZIONALE, SU RICHIESTA, CONCLUSIVA

A: Datore di lavoro _____

A: Lavoratore _____

A: _____

Oggetto: Giudizio di idoneità al lavoro specifico - Visite successive alla preventiva ai sensi dell'art. 85 del D. Lgs. 230/95

Il Lavoratore _____

Classificato in categoria A B

al fine di accertare l'idoneità per l'esposizione alle radiazioni ionizzanti, è stato sottoposto in data _____
a visita medica

periodica straordinaria eccezionale conclusiva (1) _____

di idoneità per l'esposizione alle radiazioni ionizzanti con il seguente esito:

IDONEO

IDONEO CON LE CONSEGUENTI CONDIZIONI _____

NON IDONEO

DA SOTTOPORRE A SORVEGLIANZA MEDICA DOPO LA CESSAZIONE DEL LAVORO CHE LO HA
ESPOSTO A RADIAZIONI IONIZZANTI

Il giudizio di idoneità ha validità di mesi _____ a decorrere dalla data della visita medica sopra indicata.

Il Lavoratore deve sottoporsi a nuova visita medica il _____ previa esecuzione degli accertamenti riportati in
allegato (2).

Data _____

Il Medico autorizzato _____

(1) Specificare eventuale altro motivo.

(2) Riportare l'allegato solamente nella copia per il Lavoratore.

