



# 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.<sup>(1)</sup> 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 <sup>(1)</sup>

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 <sup>(1)</sup>

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** <sup>(2)</sup>

Variazione destinazione lavorativa o mansioni \_\_\_\_\_

**RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI**

Irradiazione esterna:  Totale  Parti del corpo <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_

Irradiazione interna <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_

Classificazione <sup>(5)</sup>

A

B

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

NO  SI (Specificare esposizione ai rischi): \_\_\_\_\_

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

Periodo di riferimento <sup>(7)</sup> \_\_\_\_\_

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 <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ mSv

Dose efficace impegnata <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ 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.<sup>(1)</sup> 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 <sup>(1)</sup>

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** <sup>(2)</sup>

Variatione destinazione lavorativa o mansioni \_\_\_\_\_

**RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI**

Irradiazione esterna:  Totale  Parti del corpo <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_

Irradiazione interna <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_

Classificazione <sup>(5)</sup>  A  B

**ESPOSIZIONE AD ALTRI FATTORI DI RISCHIO** per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria <sup>(6)</sup>

NO  SI (Specificare esposizione ai rischi): \_\_\_\_\_

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

Periodo di riferimento <sup>(7)</sup> \_\_\_\_\_

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 <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ mSv

Dose efficace impegnata <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ 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.<sup>(1)</sup> 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 <sup>(1)</sup>

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 <sup>(2)</sup>**

Variatione destinazione lavorativa o mansioni \_\_\_\_\_

**RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI**

Irradiazione esterna:  Totale  Parti del corpo <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_

Irradiazione interna <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_

Classificazione <sup>(5)</sup>  A  B

**ESPOSIZIONE AD ALTRI FATTORI DI RISCHIO** per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria <sup>(6)</sup>

NO  SI (Specificare esposizione ai rischi): \_\_\_\_\_

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

Periodo di riferimento <sup>(7)</sup> \_\_\_\_\_

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 <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ mSv

Dose efficace impegnata <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ 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.<sup>o</sup> 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 <sup>(1)</sup>

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.<sup>(1)</sup> 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 <sup>(1)</sup>

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** <sup>(2)</sup>

Variatione destinazione lavorativa o mansioni \_\_\_\_\_

**RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI**

Irradiazione esterna:  Totale  Parti del corpo <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_

Irradiazione interna <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_

Classificazione <sup>(6)</sup>

A

B

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

NO  SI (Specificare esposizione ai rischi): \_\_\_\_\_

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

Periodo di riferimento <sup>(7)</sup> \_\_\_\_\_

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 <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ mSv

Dose efficace impegnata <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ 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.<sup>(1)</sup> 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 <sup>(1)</sup>

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.<sup>(1)</sup> 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 <sup>(1)</sup>

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** <sup>(2)</sup>

Variatione destinazione lavorativa o mansioni \_\_\_\_\_

**RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI**

Irradiazione esterna:  Totale  Parti del corpo <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_

Irradiazione interna <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_

Classificazione <sup>(6)</sup>

A

B

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

NO  SI (Specificare esposizione ai rischi): \_\_\_\_\_

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

Periodo di riferimento <sup>(7)</sup> \_\_\_\_\_

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 <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ mSv

Dose efficace impegnata <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ 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.<sup>(1)</sup> 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 <sup>(1)</sup>

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** <sup>(2)</sup>

Variazione destinazione lavorativa o mansioni \_\_\_\_\_

**RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI**

Irradiazione esterna:  Totale  Parti del corpo <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_

Irradiazione interna <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_

Classificazione <sup>(6)</sup>

A

B

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

NO  SI (Specificare esposizione ai rischi): \_\_\_\_\_

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

Periodo di riferimento <sup>(7)</sup> \_\_\_\_\_

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 <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ mSv

Dose efficace impegnata <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ 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.<sup>(1)</sup> 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 <sup>(1)</sup>

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** <sup>(2)</sup>

Variatione destinazione lavorativa o mansioni \_\_\_\_\_

**RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI**

Irradiazione esterna:  Totale  Parti del corpo <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_

Irradiazione interna <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_

Classificazione <sup>(6)</sup>

A

B

**ESPOSIZIONE AD ALTRI FATTORI DI RISCHIO** per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria <sup>(6)</sup>

NO  SI (Specificare esposizione ai rischi): \_\_\_\_\_

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

Periodo di riferimento <sup>(7)</sup> \_\_\_\_\_

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 <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ mSv

Dose efficace impegnata <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ 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.<sup>(1)</sup> 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 <sup>(1)</sup>

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 <sup>(2)</sup>

Variazione destinazione lavorativa o mansioni \_\_\_\_\_

## RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI

Irradiazione esterna:  Totale  Parti del corpo <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_

Irradiazione interna <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_

Classificazione <sup>(6)</sup>  A  B

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

NO  SI (Specificare esposizione ai rischi): \_\_\_\_\_

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

Periodo di riferimento <sup>(7)</sup> \_\_\_\_\_

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 <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ mSv

Dose efficace impegnata <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ 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.<sup>o</sup> 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 <sup>(1)</sup>

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** <sup>(2)</sup>

Variatione destinazione lavorativa o mansioni \_\_\_\_\_

**RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI**

Irradiazione esterna:  Totale  Parti del corpo <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_

Irradiazione interna <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_

Classificazione <sup>(6)</sup>  A  B

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

NO  SI (Specificare esposizione ai rischi): \_\_\_\_\_

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

Periodo di riferimento <sup>(7)</sup> \_\_\_\_\_

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 <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ mSv

Dose efficace impegnata <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ 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.<sup>(1)</sup> 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 <sup>(1)</sup>

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** <sup>(2)</sup>

Variatione destinazione lavorativa o mansioni \_\_\_\_\_

**RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI**

Irradiazione esterna:  Totale  Parti del corpo <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_

Irradiazione interna <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_

Classificazione <sup>(5)</sup>

A

B

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

NO  SI (Specificare esposizione ai rischi): \_\_\_\_\_

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

Periodo di riferimento <sup>(7)</sup> \_\_\_\_\_

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 <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ mSv

Dose efficace impegnata <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ 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.<sup>(1)</sup> 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.



