

Dipartimento Prevenzione  
U.O.C. SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

**F.I.U. N° 5**

## **FOGLIO INFORMATIVO PER L'UTENZA**

### **RICHIESTA DI IDONEITA' LAVORATIVA**

Il Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro della ASL Roma 3 rilascia idoneità lavorative a seguito delle visite mediche riportate in questo Foglio Informativo.

#### **Visite mediche preventive in fase preassuntiva**

Il D.Lgs. 81/08 e s.m.i. ha introdotto, nell'ambito della sorveglianza sanitaria, la possibilità di effettuare le visite mediche preventive in fase preassuntiva (art. 41 comma 2 lettera e-bis).

Tali visite possono essere effettuate, su scelta del datore di lavoro, dal medico competente dell'azienda presso cui dovrà avvenire l'assunzione oppure dai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL competenti per territorio dell'azienda medesima (art. 41 comma 2-bis).

In base alle risultanze della visita medica e di eventuali accertamenti diagnostici mirati ai rischi professionali, il medico esprime uno dei seguenti giudizi relativi alla mansione specifica (art. 41, comma 6 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.):

- a) idoneità;
- b) idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;
- c) inidoneità temporanea;
- d) inidoneità permanente.

Sia il lavoratore, sia il datore di lavoro hanno diritto a presentare ricorso avverso il giudizio di idoneità formulato dal medico, entro 30 giorni dalla data di comunicazione del giudizio stesso (art. 41, comma 9 D.Lgs. 81/08 e s.m.i.).

La visita e gli accertamenti integrativi necessari sono a cura e spese del datore di lavoro.

#### **Visite mediche per lavoratori agricoli a tempo determinato e stagionali**

La Legge n. 27 del 24/04/2020 prevede delle semplificazioni per i lavoratori a tempo determinato e stagionali, e limitatamente a lavorazioni generiche e semplici, non richiedenti specifici requisiti professionali, per le quali ai sensi dell'art. 41 comma 1 del D.Lgs. 81/08, è prevista l'effettuazione della sorveglianza sanitaria.

Infatti, in tali casi, gli adempimenti relativi alla sorveglianza sanitaria, previsti dall'art. 41 comma 2 del suddetto decreto, si considerano assolti, su scelta del datore di lavoro ovvero su iniziativa degli enti bilaterali competenti, senza costi per i lavoratori, mediante visita medica preventiva, da effettuare da parte del medico competente ovvero del Dipartimento di Prevenzione della ASL competente per territorio dell'azienda medesima.

Tale visita ha validità annuale e consente al lavoratore idoneo di prestare la propria attività anche presso altre imprese agricole per lavorazioni che presentano i medesimi rischi, senza la necessità di ulteriori accertamenti medici. L'effettuazione e l'esito della visita medica devono risultare da apposita certificazione di cui il datore è tenuto ad acquisire copia.

La visita e gli accertamenti integrativi necessari sono a cura e spese del datore di lavoro.

#### **Visite mediche per componenti dell'impresa familiare, lavoratori autonomi, coltivatori diretti, soci delle società semplici operanti nel settore agricolo, artigiani e piccoli commercianti**

Il D.Lgs. 81/08 e s.m.i., all'art. 21 comma 2, prevede la facoltà di beneficiare della sorveglianza sanitaria, in relazione ai rischi propri delle attività svolte e secondo le previsioni dell'art. 41, alle seguenti categorie:

- componenti dell'impresa familiare come definita dall'art. 230-bis del Codice civile
- lavoratori autonomi che compiono opere o servizi ai sensi dell'articolo 2222 del Codice civile
- coltivatori diretti del fondo
- soci delle società semplici operanti nel settore agricolo
- artigiani e piccoli commercianti

La visita e gli accertamenti integrativi necessari sono a cura e spese del richiedente.

**MODALITA' ED ORARI**

<p><b>Ufficio Competente</b></p>	<p>Se il luogo di lavoro si trova nel Municipio X o Comune di Fiumicino:           Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (S.Pre.S.A.L.)          Ambulatorio di Medicina del Lavoro          viale Repubbliche Marinare snc          (adiacente al n. civico 118) Ostia           Responsabile del procedimento:          Medico Ambulatoriale</p>	<p>Se il luogo di lavoro si trova nei Municipi XI o XII:           Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (S.Pre.S.A.L.)          Ambulatorio di Medicina del Lavoro          via Portuense n° 571           Responsabile del procedimento:          Medico Ambulatoriale</p>
<p><b>Documentazione da presentare</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Richiesta compilata e firmata dal datore di lavoro (MOD. "Richiesta visita preassuntiva") nel caso di visita medica preventiva in fase preassuntiva.</li> <li>- Richiesta compilata e firmata dal datore di lavoro (MOD. "Richiesta visita per lavoratore agricolo a tempo determin. e stagionale") nel caso di visita medica per lavoratore agricolo a tempo determinato e stagionale.</li> <li>- Richiesta compilata e firmata dal richiedente (MOD. "Richiesta altra visita") nel caso di visita medica per componenti dell'impresa familiare, per lavoratori autonomi, coltivatori diretti, soci delle società semplici operanti nel settore agricolo, artigiani e piccoli commercianti.</li> <li>- Documento di riconoscimento.</li> <li>- Eventuale documentazione sanitaria in possesso, compreso il libretto delle vaccinazioni.</li> <li>- Eventuali accertamenti sanitari integrativi e/o eventuali vaccinazioni (su richiesta del medico).</li> <li>- Attestazione di versamento.</li> </ul>	
<p><b>Modalità di effettuazione</b></p>	<p>Presentare od inviare all'Ambulatorio il modulo indicato alla voce precedente. Il medico ne prende visione e, se necessario, prescrive accertamenti sanitari integrativi e/o vaccinazioni, in base al lavoro svolto e quindi ai relativi rischi professionali. Una volta prodotta la documentazione richiesta, viene prenotata la visita medica. Al termine della visita viene rilasciato dal Medico il giudizio di idoneità lavorativa.</p>	
<p><b>Modalità di presentazione della pratica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- all'indirizzo e-mail: spresal.ostia@aslroma3.it</li> <li>- all'indirizzo PEC: spresal.ostia@pec.aslroma3.it</li> <li>- a mano presso la sede di viale Repubbliche Marinare snc (adiacente al n. civico 118) Ostia il martedì dalle 9.00 alle 12.00 previo appuntamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- all'indirizzo e-mail: spresal.roma@aslroma3.it</li> <li>- all'indirizzo PEC: spresal.roma@pec.aslroma3.it</li> <li>- a mano presso la sede di via Portuense, 571 il mercoledì dalle 9.00 alle 12.00 previo appuntamento</li> </ul>
<p><b>Informazioni</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- e-mail: spresal.ostia@aslroma3.it</li> <li>- telefonicamente: 0656483440/03/19</li> <li>- di persona presso la sede di viale Repubbliche Marinare snc (adiacente al n. civico 118) Ostia il martedì dalle 9.00 alle 12.00 previo appuntamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- e-mail: spresal.roma@aslroma3.it</li> <li>- telefonicamente: 0656485125/13/33</li> <li>- di persona presso la sede di via Portuense, 571 il mercoledì dalle 9.00 alle 12.00 previo appuntamento</li> </ul>
<p><b>Tariffa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versamento di € 31,50 tramite bonifico bancario (codice IBAN IT53X0100503266000000218000).</li> <li>- Destinatario: ASL Roma 3 via Casal Bernocchi 73, 00125 Roma.</li> <li>- Mittente: datore di lavoro dell'azienda nel caso di visita medica preventiva in fase preassuntiva e nel caso di lavoratore agricolo a tempo determinato e stagionale; richiedente della visita medica negli altri casi.</li> <li>- Causale di versamento: "SPRESAL - Idoneità medicina del lavoro ex D.Lgs. 81/08".</li> </ul>	
<p><b>Tempi</b></p>	<p>7 gg. esclusi i tempi delle indagini diagnostiche</p>	

## RICHIESTA DI VISITA MEDICA PREASSUNTIVA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ datore di lavoro dell'impresa  
 \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_

(prov. \_\_\_\_\_) via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ PEC/e-mail \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ invia il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ **affinché venga sottoposto/a a visita**

**medica preassuntiva**, ai sensi dell' art. 41 comma 2 bis del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.. Il lavoratore verrà adibito alla mansione

di \_\_\_\_\_ presso la sede lavorativa in via/piazza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

PEC/e-mail \_\_\_\_\_, della suddetta azienda.

In particolare sarà addetto e/o esposto a:

Rischi	No	Si	Specificare
- saldatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- uso di strumenti vibranti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- rumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- guida mezzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tipo patente di guida
- guida macchine di movimentazione terra e merci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- lavoro in altezza (> 2m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- movimentazione manuale carichi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- lavoro notturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- rischio biologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- rischio chimico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	specificare:
- videoterminali (PC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	almeno 20 ore settimanali no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
altro: _____			

Mezzi di protezione personale che saranno consegnati al lavoratore: \_\_\_\_\_

N° giorni (della settimana) lavorativi \_\_\_\_\_

Orario di lavoro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

### Informativa privacy

Ai sensi della normativa vigente, si informa che i dati personali forniti con la presente dichiarazione ed acquisiti nel corso del procedimento per il quale viene presentata la documentazione, saranno trattati dalla ASL Roma 3 quale titolare ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e dei controlli istituzionali. Tali dati potranno essere utilizzati con idonee modalità e procedure anche informatizzate dal personale a ciò incaricato e, ove necessario, comunicati alle competenti autorità e soggetti pubblici per le finalità previste dalla normativa vigente, nonché ai soggetti legittimati all'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta la mancata esecuzione del procedimento di cui Lei fa richiesta. La persona interessata potrà richiedere l'accesso ai dati personali, la rettifica degli stessi, e, ove previsto, la limitazione o di opporsi al trattamento; ha altresì il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo. I contatti del titolare del trattamento dei Suoi dati (la ASL Roma 3) e del Responsabile della Protezione dei Dati della ASL Roma 3 sono reperibili sul sito [www.aslroma3.it](http://www.aslroma3.it)

**RICHIESTA DI VISITA MEDICA  
PER LAVORATORE AGRICOLO A TEMPO DETERMINATO E STAGIONALE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ datore di lavoro dell'impresa agricola

\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_

(prov. \_\_\_\_\_) via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ PEC/e-mail \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ invia il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ affinché venga sottoposto/a a visita

**medica in qualità di lavoratore agricolo a tempo determinato e stagionale ai sensi della Legge n. 27 del 24/04/2020.**

Il lavoratore verrà adibito alla mansione di \_\_\_\_\_

presso la sede lavorativa sita in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ PEC/e-mail \_\_\_\_\_,

della suddetta azienda, limitatamente a lavorazioni generiche e semplici non richiedenti specifici requisiti professionali.

In particolare sarà addetto e/o esposto a:

Rischi	no	si	Specificare
- saldatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- uso di strumenti vibranti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- rumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- guida mezzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo patente di guida
- guida macchine di movimentazione terra e merci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- lavoro in altezza (> 2m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- movimentazione manuale carichi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- lavoro notturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- rischio biologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- rischio chimico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	specificare:
altro: _____			

Mezzi di protezione personale che saranno consegnati al lavoratore: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma del datore di lavoro \_\_\_\_\_

**Informativa privacy**

Ai sensi della normativa vigente, si informa che i dati personali forniti con la presente dichiarazione ed acquisiti nel corso del procedimento per il quale viene presentata la documentazione, saranno trattati dalla ASL Roma 3 quale titolare ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e dei controlli istituzionali. Tali dati potranno essere utilizzati con idonee modalità e procedure anche informatizzate dal personale a ciò incaricato e, ove necessario, comunicati alle competenti autorità e soggetti pubblici per le finalità previste dalla normativa vigente, nonché ai soggetti legittimati all'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta la mancata esecuzione del procedimento di cui Lei fa richiesta. La persona interessata potrà richiedere l'accesso ai dati personali, la rettifica degli stessi, e, ove previsto, la limitazione o di opporsi al trattamento; ha altresì il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo. I contatti del titolare del trattamento dei Suoi dati (la ASL Roma 3) e del Responsabile della Protezione dei Dati della ASL Roma 3 sono reperibili sul sito [www.aslroma3.it](http://www.aslroma3.it)

**RICHIESTA DI VISITA MEDICA  
PER COMPONENTI DELL'IMPRESA FAMILIARE, LAVORATORI AUTONOMI, COLTIVATORI DIRETTI, SOCI DELLE  
SOCIETÀ SEMPLICI OPERANTI NEL SETTORE AGRICOLO, ARTIGIANI E PICCOLI COMMERCianti**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di (specificare)

- componente dell'impresa familiare come definita dall'art. 230-bis del Codice civile
- lavoratore autonomo
- coltivatore diretto del fondo
- socio di società semplice operante nel settore agricolo
- artigiano
- piccolo commerciante

residente a \_\_\_\_\_ prov.(\_\_\_\_\_) via/piazza \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ domiciliato/a a \_\_\_\_\_ prov.(\_\_\_\_\_)

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

fax. \_\_\_\_\_ PEC/e-mail \_\_\_\_\_, che svolge la/e  
attività di \_\_\_\_\_

**richiede la visita medica ai sensi dell' art. 21 comma 2 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.** In particolare è addetto e/o esposto a:

Rischi	No	si	Specificare
- saldatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- uso di strumenti vibranti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- rumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- guida mezzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tipo patente di guida
- guida macchine di movimentazione terra e merci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- lavoro in altezza (> 2m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- movimentazione manuale carichi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- lavoro notturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- rischio biologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- rischio chimico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	specificare:
- videoterminali (PC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> almeno 20 ore settimanali no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
altro: _____			

Mezzi di protezione personale: \_\_\_\_\_

N° giorni (della settimana) lavorativi \_\_\_\_\_ Orario di lavoro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

**Informativa privacy**

Ai sensi della normativa vigente, si informa che i dati personali forniti con la presente dichiarazione ed acquisiti nel corso del procedimento per il quale viene presentata la documentazione, saranno trattati dalla ASL Roma 3 quale titolare ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e dei controlli istituzionali. Tali dati potranno essere utilizzati con idonee modalità e procedure anche informatizzate dal personale a ciò incaricato e, ove necessario, comunicati alle competenti autorità e soggetti pubblici per le finalità previste dalla normativa vigente, nonché ai soggetti legittimati all'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta la mancata esecuzione del procedimento di cui Lei fa richiesta. La persona interessata potrà richiedere l'accesso ai dati personali, la rettifica degli stessi, e, ove previsto, la limitazione o di opporsi al trattamento; ha altresì il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo. I contatti del titolare del trattamento dei Suoi dati (la ASL Roma 3) e del Responsabile della Protezione dei Dati della ASL Roma 3 sono reperibili sul sito [www.aslroma3.it](http://www.aslroma3.it)