



- DA CONSEGNARE IL GIORNO DELLA VISITA -

MODULO VISITE MEDICHE LAVORATORI MINORENNI / DATORE DI LAVORO

Il Sottoscritto

legale rappresentante della ditta

settore

con sede a

richiede la visita medica per il rilascio del certificato di idoneità alla mansione specifica per il minore:

Cognome e nome

nato a il

residente al seguente indirizzo

la cui mansione per la quale si chiede l'idoneità è

il cui orario di lavoro giornaliero è dalle ore alle ore

ed i giorni lavorativi settimanali sono

A tal fine il Datore di Lavoro dichiara che si tratta di: [] prima visita [] visita periodica e che :

- 1) ha effettuato la valutazione dei rischi ai sensi dell'art. 7 della legge 977 come modificato dal D.Lgs. 345/99;
- 2) durante il lavoro svolto dal minore non vi è esposizione a prodotti o sostanze chimiche etichettate con C (corrosivi) , E (esplosivi), F (infiammabili), Xn (nocivo con le frasi di rischio R39, 40, 42, 43 46, 48, 60, 61) , Xi (irritanti con le frasi di rischio R 43, rischio non evitabile con DPI), To T+ (tossici o molto tossici);
- 3) la mansione svolta dal minore non espone a sostanze pericolose quali polveri di legno duro (faggio, noce, ecc), piombo e composti, amianto, cancerogeni con frasi di rischio R 49 o 45;
- 4) la mansione svolta dal minore non prevede il trasporto di pesi per più di 4 ore al giorno compresi i ritorni a vuoto;
- 5) la mansione non è svolta in orario notturno;
- 6) il lavoro a cui sarà adibito il minore risulta non compreso tra le lavorazioni vietate di cui all'allegato I del D.Lgs. 345/99 come modificato dal D.Lgs. 262/00;
- 7) il minore riceverà un'adeguata informazione e formazione come previsto dagli artt. 21 e 22 del D.Lgs. 81/08;
- 8) ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs 345/99 come modificato dal D.Lgs. 262/2000 le informazioni sui fattori di rischio e le misure di prevenzione e protezione saranno fornite anche ai titolari della potestà genitoriale, i quali prenderanno visione anche della presente dichiarazione;
- 9) il lavoro verrà svolto sempre e comunque nel rispetto di tutte le condizioni di sicurezza e salute previste dalle vigenti disposizioni.

TIMBRO e FIRMA della DITTA

data / /

.....

Firma dei Genitori o del Titolare della Patria Potestà per Presa Visione :

..... /



Prevenzione Infortuni Igiene e Ambiente di Lavoro

- DA CONSEGNARE IL GIORNO DELLA VISITA CON ALLEGATI FOTOCOPIA DEI DOCUMENTI DI IDENTITA' DEI GENITORI (o del Titolare della Patria Potestà) -

MODULO VISITE MEDICHE LAVORATORI MINORENNI / GENITORI
o del Titolare della Patria Potestà

Il Sottoscritto (padre o titolare della patria potestà)
e la Sottoscritta (madre)
del minore
nato il / / **a**
e residente al seguente indirizzo

ACCONSENTONO

a che il minore venga sottoposto ad accertamenti sanitari (visita medica ed esami laboratoristico-strumentali) finalizzati alla formulazione del giudizio di idoneità alla mansione lavorativa specifica da parte del Medico Competente.

data / /

Firma del Padre
(o del Titolare della Patria Potestà)

.....

Firma della Madre

.....