



RICHIESTA DI ACCERTAMENTO SANITARIO PER PERSONALE SCOLASTICO

Spett.le ULSS n. 5
SERVIZIO Igiene e Sanità Pubblica
Dipartimento di Prevenzione

Il/La sottoscritto/a
in qualità di Dirigente dell'Istituto
con sede
via n. tel..... fax

CHIEDE

che il Sig..... nato/a a
ilresidente a
via
assunto/a con contratto a tempo determinato a tempo indeterminato (*cancellare*)
per svolgere le mansioni di
.....
venga sottoposto/a a **VISITA MEDICA** ai sensi del comma 4 dell'art 10 del Dec. Dir.21.04.2004 .

IL DATORE DI LAVORO DICHIARA

- che ha elaborato il Documento di Valutazione dei Rischi previsto dal D.Leg.vo 81/08 art17 secondo le modalità indicate negli art.li 28 e 29.
- che secondo quanto risulta dalla Valutazione dei Rischi le mansioni affidate **non comportano** esposizione a rischi per i quali è prevista la sorveglianza sanitaria (art 41 D.Leg.vo 81/08).

Data

.....
(Timbro dell'Istituto e firma del Dirigente)