

## ALLEGATO 1

Richiesta del Datore di Lavoro per Visita Medica agli Apprendisti minorenni  
(L. 977/67 e succ mod.)

*Da presentare compilato in tutte le sue parti all'Ambulatorio di Medicina Pubblica*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Datore di Lavoro della ditta \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

esercente l'attività di \_\_\_\_\_

Richiede la visita medica per certificato di idoneità alla mansione specifica per

L'Apprendista minorenne sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ res. a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

### A TAL FINE IL DATORE DI LAVORO DICHIARA

- che l'apprendista non è più soggetto all'obbligo scolastico.

- che la mansione a cui sarà adibito è \_\_\_\_\_:

- in questa mansione dovrà eseguire i seguenti compiti \_\_\_\_\_

- utilizzare le seguenti macchine \_\_\_\_\_

### IL DATORE DI LAVORO DICHIARA INOLTRE

- che ha elaborato il Documento di Valutazione dei Rischi previsto dal D.Leg.vo 81/08 art.17 secondo le modalità indicate negli art.li 28 e 29.

- che secondo quanto risulta dalla Valutazione dei Rischi le mansioni affidate all'Apprendista NON comportano esposizione a nessuno dei rischi per i quali è prevista la sorveglianza sanitaria (art 41 D.Leg.vo 81/08).

in particolare, nella mansione a cui sarà adibito, l'Apprendista

non è esposto a rumore di intensità uguale o superiore a 80 dB (A)

non è esposto a nessuna sostanza pericolosa, cancerogena o mutagena.

non è esposto a Movimentazione Manuale dei Carichi.

data e luogo \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Datore di Lavoro