



## **Staff 6**

*“Servizio della Prevenzione dei rischi e degli  
eventi derivanti da calamità naturali-  
Prevenzione e protezione dei rischi sui luoghi di  
lavoro e della sorveglianza sanitaria del personale”*

### **SCHEDA ANAGRAFICA PER ISTITUZIONE CARTELLA SANITARIA**

#### **DATI ANAGRAFICI**

Cognome:	_____	Nome:	_____
Sesso:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Luogo di nascita:	_____	Data di nascita:	_____
Indirizzo:	_____		
Cellulare:	_____	e-mail:	_____
Codice Fiscale:	_____		

#### **SEDE DI LAVORO**

Settore:	_____	Staff:	_____
Sede dove viene svolta l'attività:	_____		
Telefono:	_____		
Categoria:	_____		
Profilo Professionale:	_____		
Matricola:	_____		

#### **CONTRATTO**

a tempo indeterminato part. Time:	<input type="checkbox"/>
a tempo indeterminato full – Time:	<input type="checkbox"/>
a tempo determinato part. Time:	<input type="checkbox"/>
a tempo determinato full – Time:	<input type="checkbox"/>
di collaborazione:	<input type="checkbox"/>
numero di ore di lavoro settimanale previste da contratto in caso part time:	_____

#### **MEDICO CURANTE**

Medico curante: Dott. _____	sede ambulatorio: _____
Via: _____	tel.: _____

#### **ATTIVITA' SENZA RISCHI**

Senza rischi:

N.B. Chi seleziona “senza rischi” passa direttamente alle firme senza barrare le altre caselle sottostanti.

### ATTIVITA' SOGGETTE A RISCHI

Uso di videoterminale per più di 20 ore/settimana effettive:

Impiego di gas tossici, ove sia richiesto il certificato di abilitazione:

Mansione di operaio:

Addetti alla movimentazione manuale dei carichi:

Vigili Urbani addetti al traffico per oltre 2/3 dell'impegno lavorativo settimanale:

Vigili Urbani addetti alla Polizia Ambientale:

Operatori di Asili nido:

Operatori di scuole d'infanzia:

Addetti alle cucine:

Specificare eventuali altre attività o incarichi che possono determinare rischi o pericoli (es. addetto antincendio o primo soccorso): \_\_\_\_\_

Note:

- Il D. Lgs 81/2008 prevede che chi svolge mansioni a rischio, oppure opera in ambienti a rischio, deve essere sottoposto a **sorveglianza sanitaria**. Il modulo predisposto ha lo scopo di comunicare al Datore di Lavoro e al medico competente gli eventuali rischi a cui verrà sottoposto il lavoratore.
- Il modulo deve essere compilato anche per comunicare che non si è sottoposti a rischi particolari.
- Il modulo deve essere inviato tramite posta interna dal Dirigente all'Ufficio Staff Datore di Lavoro, Via Piave 84, Cosenza.

Cosenza, \_\_\_\_\_

**Firma dipendente  
per presa visione:**

\_\_\_\_\_

**Firma del Dirigente:**

\_\_\_\_\_