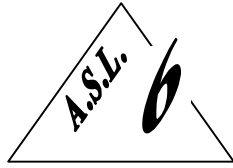


**Servizio Sanitario Nazionale**  
**Regione Piemonte**

**Azienda Sanitaria Locale 6**  
Dipartimento di Prevenzione



**U.O.A. Prevenzione e Sicurezza**  
**Ambienti di Lavoro**  
Via Zanellato, 25 – 10078 Venaria Reale  
Tel. 0114991361 – Fax 0114991367  
e-mail: venaria.spresal@asl6.piemonte.it

---

**SCHEDA INFORMATIVA**

Si premette che l'ASL a cui ci si deve rivolgere è quella in cui si trova la Ditta presso la quale sarà assunto il minore/apprendista, e **non** quella in cui risiede il lavoratore. Per il lavoro interinale o in affitto, vale la sede della Ditta presso la quale il lavoratore presterà la sua opera.

Scopo della presente scheda è quello di ottenere informazioni puntuali ed esaurienti circa i fattori di rischio presenti in ambiente di lavoro ed ai quali il lavoratore sarà esposto.

**Si invita pertanto il datore di lavoro a non tralasciare alcuna delle parti della scheda, con particolare riferimento alle mansioni a cui il lavoratore è o sarà addetto.**

La scheda deve essere compilata singolarmente per ogni lavoratore e consegnata in originale dal lavoratore stesso al medico al momento della visita.

Si rammenta che tutti i lavoratori esposti a rischio tabellato devono essere visitati dal medico competente designato dall'azienda, indipendentemente dalla loro età e dalla loro qualifica. Vanno pertanto inviati alla A.S.L. solo apprendisti e adolescenti che non abbiano rischi tabellati. La periodicità delle visite mediche successive alla prima, per i lavoratori minori di anni 18 non esposti a rischi tabellati è annuale ed a carico dell'Ufficio scrivente fino al raggiungimento della maggiore età.

Il giudizio di idoneità rilasciato a seguito della visita deve essere conservato in azienda a comprova dell'avvenuta ottemperanza all'obbligo di legge ed esibito su richiesta al personale ispettivo.

Per la prenotazione delle visite si prega di contattare la Segreteria al numero telefonico **0123/300.363**, **nell'orario compreso tra le ore 9.00 e le ore 12.00 – dal lunedì al venerdì**. È consigliabile che la prenotazione stessa avvenga con un anticipo di circa 10 giorni rispetto alla data prevista di assunzione o di scadenza della periodicità.

***Il lavoratore si dovrà presentare alla visita medica fornito di:***

- **presente scheda accuratamente compilata e firmata dal datore di lavoro;**
- **libretto di lavoro;**
- **certificato o tessera delle vaccinazioni eseguite in passato;**
- **eventuale richiesta dell'Ufficio di Collocamento;**
- **referti degli accertamenti clinici, se richiesti;**
- **ricevuta del versamento dei diritti sanitari dovuti dal datore di lavoro.**

Il versamento dovrà essere effettuato su:

**bollettino di conto corrente postale n. 12504106 intestato a:  
AZIENDA SANITARIA REGIONALE USL 6 EX USL CIRIÉ 27  
SERVIZIO TESORERIA.**

La causale del versamento recherà la dicitura:

**DIRITTI SANITARI - cod. 10/1 – C. COSTO 108204**

L'importo sarà di:

**€ 29,9 (£ 57.900) per le visite di assunzione e € 9,97 (£ 19.300) per le visite periodiche.**

Alla luce della *Circolare Regionale del 10-4-2000 prot. n° 6051/27.002* le visite mediche per apprendisti e minori sono dunque così disciplinate:

| <b>SOGGETTI CON RISCHI TABELLATI<br/>(Apprendisti, Operai, Contratto Formazione)</b> | <b>VISITE PREVENTIVE<br/>E<br/>VISITE PERIODICHE</b> | <b>MEDICO<br/>COMPETENTE</b>          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>SOGGETTI TRA I 15 ED I 18 ANNI<br/>SENZA RISCHI TABELLATI</b>                     | <b>VISITE PREVENTIVE<br/>E<br/>VISITE PERIODICHE</b> | <b>U.O.A. Pre.S.A.L.<br/>(A.S.L.)</b> |
| <b>APPRENDISTI OLTRE I 18 ANNI<br/>SENZA RISCHI TABELLATI</b>                        | <b>SOLO VISITE<br/>PREVENTIVE</b>                    | <b>U.O.A. Pre.S.A.L.<br/>(A.S.L.)</b> |

**N.B.: NEL SOLO CASO DI AZIENDE CHE FINO AL MOMENTO DELL'ASSUNZIONE DELL'APPRENDISTA NON HANNO AVUTO L'OBLIGO DI NOMINARE IL MEDICO COMPETENTE, LA VISITA PREVENTIVA DI SOGGETTI ESPOSTI A RISCHI TABELLATI POTRÀ ESSERE ESEGUITA A CURA DELL'U.O.A. Pre.S.A.L.**

Il sottoscritto .....

Legale Rappresentante della ditta .....

con sede dell'attività nel Comune di .....

Via ..... n° ..... Tel. .... / .....

**richiede visita medica per l'accertamento dell'idoneità lavorativa per il Sig./la Sig.ra:**

.....

nato/a a ..... ( ..... ) il .....

domiciliato in Via ..... n° ..... C.A.P. ....

Comune di ..... Tel. .... / .....

con la qualifica di:     ☐ apprendista     ☐ operaio     ☐ contr. di formazione

addetto o da adibire alla mansione di .....

.....

A tal fine, il Datore di Lavoro dichiara che:

**1) il numero dei dipendenti totali è ....., così ripartito:**

|        | OPERAI | IMPIEGATI | APPRENDISTI |
|--------|--------|-----------|-------------|
| UOMINI |        |           |             |
| DONNE  |        |           |             |
| TOTALE |        |           |             |

**2) l'Azienda ha la seguente tipologia di attività.** Descrivere brevemente il ciclo lavorativo, indicando le materie prime, le macchine e gli strumenti utilizzati sino al raggiungimento del prodotto finito:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**3) l'attività specifica che viene/verrà svolta dal lavoratore consiste nelle seguenti mansioni:**

.....  
.....  
.....  
.....

**4) in relazione alle mansioni sopra indicate e sulla base della valutazione dei rischi il lavoratore apprendista sarà esposto ai seguenti rischi:**

(Nel caso in cui il lavoratore non sia esposto a "rischi tabellati" la descrizione della mansione e delle modalità di lavoro dovranno consentire un'adeguata valutazione in tal senso)

.....  
.....  
.....  
.....

**5) verranno forniti al lavoratore i seguenti dispositivi di protezione individuale:**

.....  
.....  
.....

**6) il lavoratore è/sarà adibito a mansioni compatibili con quanto disposto dalla normativa sulle lavorazioni vietate ai minori e lo stesso ha assolto gli obblighi scolastici.**

**7) le informazioni fornite sono complete e veritiere e si impegna ad aggiornarle tempestivamente in caso di variazione.**

**Il Datore di Lavoro si impegna altresì a versare a favore dell'A.S.L. 6 i corrispettivi per le visite mediche e gli accertamenti strumentali effettuati.**

**TIMBRO E FIRMA DEL TITOLARE O  
DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA DITTA**

Data

.....