

**CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO**

COGNOME E NOME ..... sesso  M  F

LUOGO E DATA DI NASCITA .....

CODICE FISCALE

Nazionalità .....

Domicilio (Comune e Prov.) .....

Via ..... Tel. ....

Azienda (ragione sociale) .....

Attività dell'Azienda .....

Sede/i di lavoro .....

Mansione specifica.....

Fattori di rischio (baffare se presente)		Livelli di esposizione	Fattori di rischio (baffare se presente)		Livelli di esposizione
<input type="checkbox"/>	Rumore		<input type="checkbox"/>	Esposizione ad amianto	
<input type="checkbox"/>	Vibrazioni mano-braccio		<input type="checkbox"/>	Lavoro a turni	
<input type="checkbox"/>	Vibrazioni corpo		<input type="checkbox"/>	Uso VDT > 20 ore/sett.	
<input type="checkbox"/>	Movimentazione man. carichi		<input type="checkbox"/>	Rischio infortunistico elevato	
<input type="checkbox"/>	Sovraccarico arti superiori		<input type="checkbox"/>	Rischio biologico (.....)	
<input type="checkbox"/>	Fatica fisica		<input type="checkbox"/>	.....	
<input type="checkbox"/>	Rischio chimico		<input type="checkbox"/>	.....	
<input type="checkbox"/>	Esposizione a silice cristallina		<input type="checkbox"/>	.....	
<input type="checkbox"/>	Mansioni previste da Intesa CU 30/10/2007		<input type="checkbox"/>		

Data .....

Il datore di lavoro

.....