

CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

LAVORATORE..... sesso M F

Luogo di Nascita..... Data di Nascita/...../.....

Codice Fiscale/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Domicilio (Comune e Prov.)

Via..... N° Tel.....

Medico Curante Dott.....

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

Datore di lavoro.....

Attività dell'Azienda pubblica o privata.....

Data di assunzione.....

Sede/i di lavoro.....

Mansione specifica.....

La presente cartella sanitaria e di rischio è istituita per:

- prima istituzione
- esaurimento del documento precedente
- altri motivi.....

La presente cartella sanitaria e di rischio è predisposta su formato informatizzato, sec. art. 53 del D.Lgs. 81/08.

Data

Il Medico Competente

Il Datore di Lavoro