



**MATERIALE TUTELATO DAL
SEGRETO PROFESSIONALE**
(art. 622 del c.p. dalla Legge 675/96)

Le dichiarazioni che seguono sono tutelate da segreto professionale e fanno parte integrante della cartella clinica. Sono a conoscenza esclusiva del Medico del Lavoro e servono a meglio valutare le sue condizioni di salute.

Avverso il giudizio del Medico competente Lei potrà fare ricorso all'Organo di vigilanza territorialmente competente, **entro 30 giorni** ai sensi del comma 9 dell'art. 41 del D. Lgs 81/08.

AZIENDA:

COGNOME:

NOME:

DATA DI NASCITA:

LUOGO DI NASCITA:

CELLULARE:

E-MAIL:

ALTEZZA:

PESO:

Ha invalidità? O % INAIL INPS CIVILE

Assume o ha assunto farmaci a lungo? sì O no O

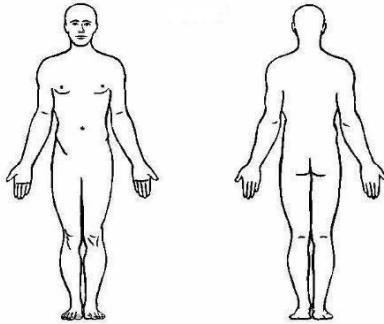
fuma? sì O no O quanto

Ha mai sofferto di:

Epilessia	sì O no O
Allergie	sì O no O <u> </u>
Shock anafilattico	sì O no O
Diabete	sì O no O
Ipertensione	sì O no O
Malattie di cuore	sì O no O
Malattie del fegato	sì O no O
Sangue dal naso (spesso)	sì O no O
sindrome tunnel carpale	sì O no O
Ronzii- fischi orecchi	sì O no O

SPORT: _____

SEGAN LA SEDE DI DOLORE FREQUENTE:



Interventi chirurgici	sì O no O
Varici alle gambe	sì O no O
Ernie del disco	sì O no O
Traumi/fratture	sì O no O
Traumi cranici	sì O no O
Palpitazioni frequenti	sì O no O
Mancanza di fiato	sì O no O
Disturbi equilibrio	sì O no O
Emicrania	sì O no O
Allergia a peli animali	sì O no O
Difficoltà a vedere i colori	sì O no O
Infortuni sul lavoro	sì O no O
Patente ritirata per alcool	sì O no O
Fa uso di droghe leggere	sì O no O
Fa uso di droghe sintetiche	sì O no O
E' mai stato curato per droghe/alcool ?	sì O no O
Ha mai frequentato il SERT	sì O no O

INDICAZIONE PER VEDERE ON-LINE IDONEITA' ED ACCERTAMENTI:

1. <https://www.melaservizi.it/>
2. AREA DOCUMENTI
3. SEI UN LAVORATORE
4. PER IL PRIMO ACCESSO: fare click su REGISTRATI
5. Inserire DATI ANAGRAFICI, CODICE FISCALE e CELLULARE
6. Riceve un SMS con CODICE DI CONFERMA
7. Scegliere PASSWORD seguendo i caratteri necessari
8. Entrare nel programma con:
9. UTENTE: CODICE FISCALE
10. PAROLA D'ORDINE: la password appena creata
11. NB. SALVARE LA PASSWORD PER GLI ACCESSI SUCCESSIVI

Dichiaro di ricevere informativa e di acconsentire al trattamento anonimo e statistico dei dati personali sensibili, finalizzato alla prevenzione delle malattie professionali. Il trattamento, obbligatorio ai sensi del d.lgs. 81/08, sarà effettuato dal medico competente e i dati saranno comunicati in maniera anonima nel solo ambito del Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Azienda.

Dichiaro che le notizie sanitarie sopra riportate riguardo il mio stato di salute corrispondono a verità.

Dichiaro inoltre di aver ricevuto le indicazioni per prendere visione online dell'idoneità e degli accertamenti eseguiti.

Data

Firma del lavoratore