



Medicina del lavoro
Me.La. Servizi
Medici del Lavoro Associati srl

prenotazioni@melaservizi.it
0432-1723107

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? ☐ ☐ ☐ INAIL ☐ INPS ☐ CIVILE

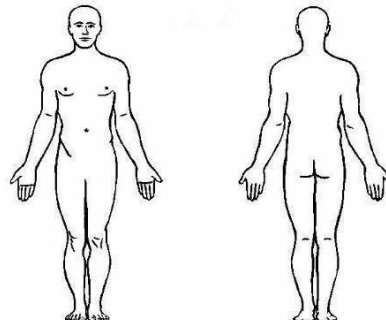
Assume o ha assunto farmaci a lungo? ☐ ☐ ☐
fuma? ☐ ☐ ☐ quanto _____

Ha mai sofferto di:

Epilessia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Shock anafilattico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diabete	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Iperensione	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Malattie del fegato	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sangue dal naso (spesso)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
sindrome tunnel carpale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ronzii- fischi orecchi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SPORT: _____

SEGNI LA SEDE DI DOLORE FREQUENTE:



Interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Varici alle gambe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ernie del disco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Traumi/fratture	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Traumi cranici	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Palpitazioni frequenti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mancanza di fiato	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Disturbi equilibrio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Emicrania	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Allergia a peli animali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Difficoltà a vedere i colori	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Infortuni sul lavoro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Patente ritirata per alcool	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fa uso di droghe leggere	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fa uso di droghe sintetiche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E' mai stato curato per droghe/alcool ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ha mai frequentato il SERT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

INDICAZIONE PER VEDERE ON-LINE IDONEITA' ED ACCERTAMENTI:

1. <https://www.melaservizi.it/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