

RICHIESTA DI IDONEITA' AL LAVORO PER LAVORATORI DI PRIMA OCCUPAZIONE

Apprendisti (L. 25/55) e minori (L. 977/67)

Il sottoscritto _____

Titolare della Ditta _____

con tipo di attività _____ N° addetti _____

via _____ N° _____ Comune _____

Tel. _____ p. IVA _____ C.F. _____

CHIEDE

che l' Sig. _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____ N° _____

venga sottoposto a VISITA MEDICA DI IDONEITA' AL LAVORO

Il medesimo verrà occupato nella mansione di _____

Dalla data presumibile _____ con orario giornaliero di ore _____

N.B.

- 1) allegare dettagliata RELAZIONE TECNICA del ciclo produttivo dell'azienda, con particolare riferimento alle attività dell'apprendista/minore;
- 2) compilare questo modulo in stampatello o a macchina.

Data _____

Firma e timbro del datore di lavoro

DESCRIZIONE DEL CICLO PRODUTTIVO

Fasi della lavorazione

Tipo di macchine utilizzate (specificare modello e anno di produzione)

Sostanze utilizzate (nome commerciale e composizione)

Attività specifiche nelle quali verrà impiegato l'apprendista

Mezzi di protezione

Fonometria eseguita in data: _____

Nome e indirizzo del medico competente (D:L: 277/91)
