

**DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO PER LA VISITA MEDICA AI MINORI
(occupati in attività consentite e non soggette a sorveglianza sanitaria obbligatoria di cui
all'art. 41 D.Lgs 81/2008)**

Il sottoscritto

Legale Rappresentante della Ditta

con sede a _____ in Via _____

mail _____ tel. _____

richiede la visita medica di idoneità al lavoro

per il minore _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

che non è più soggetto all'obbligo scolastico.

A TAL FINE DICHIARA:

1) si tratta di: ☐ prima visita ☐ visita periodica

2) mansione per cui si chiede l'idoneità

3) descrizione dei compiti lavorativi

4) descrizione delle attrezzature ed utensili impiegati

5) l'attività **non** rientra tra quelle soggette ad obbligo di sorveglianza sanitaria da parte di medico competente

6) la mansione **non** comporta livello di esposizione personale a rumore superiore a 80 decibel A

7) durante il lavoro **non** vi è esposizione a sostanze chimiche di prodotti

- Tossici acuti, tossici a lungo termine



- Corrosivi



- Esplosivi



- Infiammabili



- Nocivi, irritanti con frasi di rischio H 370, H 334, H 317, H 373, H 360, H 361



8) durante il lavoro **non** vi è esposizione a

- sostanze cancerogene
- piombo e composti o amianto
- polveri di legno

9) la mansione **non** prevede trasporto di pesi per più di 4 ore al giorno

10) l'attività **non** è svolta in orario notturno

11) eseguita la valutazione dei rischi ai sensi dell'art.8 del D.Lgs.345/99, il lavoro a cui sarà adibito il minore **non** risulta compreso tra quelli dell'Allegato I del D.Lgs 345/99

12) il minore riceverà un'adeguata informazione e formazione come previsto dagli artt. 36 e 37 del D. Lgs. 81/2008; ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. 345/99 le informazioni sui fattori di rischio e le misure di prevenzione e protezione saranno fornite anche ai titolari della potestà genitoriale.

Data _____

Timbro della Ditta e
Firma del Legale Rappresentante

per conoscenza
firma dei titolari della potestà genitoriale