

Richiesta visita medica per apprendistato del Minore _____

Il sottoscritto _____ datore di lavoro della

Ditta _____ con sede in _____

alla via _____ esercente l'attività di _____

CHIEDE

A codesta spett.le ASL Benevento di sottoporre il minore _____

nato a _____ il _____ e residente in _____

via _____ a visita medica preventiva / periodica al fine di verificarne

l'idoneità all'apprendistato di _____

DICHIARA

- di aver e attuato la specifica valutazione dei rischi ai sensi dell'art. 7 della L. 977/67, come modificato dall'art. 8 del D.Lgs 345/99;
- che i compiti lavorativi assegnati comportano/non comportano (*) l'esecuzione delle attività comprese nell'allegato I della L. 977/67, come modificata dai DD.Lgs 345/99 e 262/2000 di seguito riportati
- che detti compiti rientrano/non rientrano (*) tra quelli soggetti all'obbligo di sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs 81/08
- che l'attività è svolta/non è svolta (•) in orario notturno;
- di essere a conoscenza che l'onere dell'accertamento sanitario è a totale carico del datore di lavoro (art. 8, comma 3, L. 977/67, come modificata dai DD.Lgs 345/99 e 262/2000).

* Barrare la voce che non interessa

N:B.: il sottoscritto è consapevole della responsabilità penale prevista dalla vigente legislazione per coloro che rendono dichiarazioni false ad un pubblico ufficiale nell'esercizio delle sue funzioni.

Data _____

Timbro e firma del datore di lavoro

Il sottoscritto _____ residente in _____

Via _____ tel. _____, esercente la potestà genitoriale del minore _____ chiede di sottoporlo a visita medica per

l'apprendistato di _____