

Area Direzione Generale
S.S.D Medicina Preventiva
Medico Competente

SI RICHIEDE LA SEGUENTE CONSULENZA SPECIALISTICA COSI' COME PREVISTO ALL'ART. 39 COMMA 5 DEL D.LGS 81/2008.

ECG

Per il/la dipendente Sig. _____

Nato/a il ____/____/____

Mansione: _____

FAC SIMILE

NOTE: CONTROLLO ECG LAVORATORI TURNISTI

Per presa visione e accettazione, il lavoratore:

(Accertamenti ESENTI TICKET, effettuati ai sensi dell'art. 17 D.L.gs 81/2008)

DATA ____/____/____

COPIA DEL REFERTO DOVRA' ESSERE CONSEGNATA AL MEDICO COMPETENTE SU CARTA INTESTATA
DELL'AZIENDA SANITARIA OVE SOLTI GLI ACCERTAMENTI RICHIESTI

Il responsabile
S.S.D. Medico Competente
Dott. Raffaele Aloï

