

CERTIFICATO IDONEITA' AL LAVORO

Per il rilascio del certificato medico di idoneità al lavoro:

- a) **conduttori di caldaie generatrici di vapore;**
- b) **fochini;**

recarsi, **solo dopo** prenotazione telefonica **07047444248 / 51**

- ▶ **a Cagliari in Via Romagna 16 / padiglione B**
- ▶ **a Quartu S. Elena Via Turati, 4 / C, VII piano**

recarsi, **solo dopo** prenotazione telefonica **0709931236**

- ▶ **a Muravera, Via Sardegna angolo Via Dario Cinus, per il distretto del Sarrabus**

Per il rilascio del certificato è necessario:

aver effettuato (in qualsiasi struttura pubblica o privata, a scelta) e **consegnare** al momento della visita, **in originale**:

1) i referti dei seguenti esami specialistici:

- visita cardiologia con ECG;
- emocromo con formula l. e piastrine, creatinina, glicemia, ASAT, ALAT, gammaGT;
- esame urine completo;
- spirometria;
- radiografia standard del torace;
- visita ORL con Audiometria;
- visita oculistica (visus normale e corretto, fundus, tono, visione colori);
- certificato di avvenuta vaccinazione antitetanica (da ritirare negli ambulatori di Igiene Pubblica)
- certificato anamnestico da parte del Medico curante attestante l'assenza di malattie fisiche o psichiche, e di segni di intossicazione alcolica o da sostanze psicotrope e stupefacenti"

2) i seguenti documenti:

- ricevuta del versamento di € 26,00 sul c/c postale n. 21780093 intestato ad Azienda USL 8, eseguito dal datore di lavoro (indicare nella causale: "visita medica idoneità lavorativa")
- documento di identità
- richiesta di visita medica di idoneità (vedi modulo richiesta sul retro).

Per informazioni e chiarimenti Tel. 07047444248 / 51

TUTTE LE SPESE SONO A CARICO DEL DATORE DI LAVORO

**IL DIRETTORE DEL SERVIZIO
DOTT. G. MARRACCINI**

Il sottoscritto.....

nato a.....(prov.....) il.....

residente in.....Via/piazza.....

Titolare della impresa/ditta.....

Con sede legale in.....Via.....tel.....

CHIEDE

Il rilascio del certificato medico di idoneità al lavoro per l'attività di:

conduttore di caldaie generatrici di vapore

fochino

.....
.....

Acconsento, per quanto previsto dal D.Lgs. 196/03, a che i dati personali sopra riportati siano utilizzati dalla ASL 8 di Cagliari al solo scopo di consentire l'evasione della pratica

data.....

.....
Timbro e firma