

La somma dovuta per l'indennità di inabilità temporanea deve essere inviata:

Al lavoratore presso il proprio domicilio

Al lavoratore presso la sede dell'impresa

Al datore di lavoro (art. 70 D.P.R. 1124/65)

LAVORAZIONE E SOSTANZA CHE AVREBBERO DETERMINATO LA MALATTIA (VEDERE LA TABELLA SUL RETRO)

--

PERIODO DI ESPOSIZIONE

DAL / DAL / DAL /

AL / AL / AL /

MANSIONI	NATURA ROCCIA	SILICE LIBERA		AMIANTO		NATURA MATERIALI TRATTATI / IMPIEGATI
		SI	NO	SI	NO	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DURANTE L'ORARIO LAVORATIVO, PER QUANTE ORE ERA ESPOSTO AL RISCHIO?

IN CHE MODO? CONTINUATIVO NON CONTINUATIVO

L'AMBIENTE DI LAVORO ERA POLVEROSO?

I MATERIALI TRATTATI E IMPIEGATI ERANO UMIDI?

ULTIMO GIORNO DI ESPOSIZIONE /

MISURE DI SICUREZZA E PREVENZIONE ADOTTATE

--

IL LAVORATORE ERA STATO SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA AL MOMENTO DELL'ASSUNZIONE?

SE SI, CHI LO HA VISITATO?

--

E' STATO ISTITUITO IL LIBRETTO SANITARIO?

IL DATORE DI LAVORO E' A CONOSCENZA DI EVENTUALI SINTOMI DELLA MALATTIA MANIFESTATI DAL LAVORATORE ED ACCERTATI CON VISITE PRECEDENTI (PERIODICHE, O DI ALTRO GENERE?)

SE SI, CHI LO HA VISITATO?

--

IN QUALI DATE SONO STATE ESEGUITE LE VISITE?

/ /

/ /

DATA TIMBRO E FIRMA

SEZIONE 4 - DESCRIZIONE RELATIVA ALLA SILICOSI O ASBESTOSI

PrimoModel STUDIO 74 - Tel. 0445 540523 Fax 0445 540515 - www.studio74.it