

Azienda U.S.L. 2
U. O. Prevenzione e Sicurezza

Zona _____

Via _____

Il sottoscritto.....titolare della Ditta.....

con sede.....

P.Iva.....che opera nel settore.....con n.....dipendenti e si avvale del Medico Competente Dott....., ai sensi della normativa vigente in materia di apprendistato e tutela del lavoro minorile, chiede visita medica per il minore di 18 anni, Sig..... nato il..... a....., che sarà adibito alla mansione di apprendista.....

che non comprende lavorazioni vietate di cui all'allegato I del D.Lgs. 345/99. Il sottoscritto dichiara, inoltre, che il minore non effettua mansioni che prevedano l'obbligo della sorveglianza sanitaria da parte del medico competente(*). La mansione comprenderà le seguenti attività.....

.....
.....

(*) - Ai sensi dell'art.9 comma 8 del Decreto 345/99 **le visite mediche preventive e periodiche per gli adolescenti** (minori di età compresa tra i 15 ed i 18 anni di età) **adibiti alla attività lavorative soggette alle norme sulla sorveglianza sanitaria dei lavoratori** (ai sensi degli artt. 16 e 17 del D.Lgs. 626/94) **dovranno essere effettuate**, al fine del rilascio dell'idoneità lavorativa specifica, **dal Medico Competente dell'Azienda**, e non più dall'Azienda Sanitaria Locale.

Il sottoscritto è consapevole che in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci nel contesto della presente richiesta incorre nelle sanzioni penali richiamate dall'art. 26 della Legge 04/01/1968 n°15 e successive modifiche e integrazioni.

Data.....

Il Responsabile della Ditta
(Timbro e Firma)