

Il sottoscritto _____
Titolare/Legale Rappresentante della Ditta _____ con sede in
_____ via _____ N° _____
Tel./Cell. _____ Fax _____ E-Mail _____, Iscritta alla Cassa
Edile del Nord Sardegna posizione C.E. N° _____ ed aderente al FORMEDIL NORD SARDEGNA, in relazione alla
richiesta di erogazione delle prestazioni per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori da presentare al suddetto Ente, e con
riferimento all'Accordo delle Parti Sociali sottoscritto in data 10/01/2012,

CHIEDE

e si impegna a poter ricevere una visita di **Consulenza Tecnica e Assistenza Gratuita** da parte del **FORMEDIL NORD SARDEGNA** inerente le norme di prevenzione e sicurezza da applicare nei cantieri edili, presso il proprio cantiere sotto indicato sulla base di una programmazione preventiva da concordare con il tecnico dell'Ente.

Dati Cantiere da Visitare:

Cantiere sito in	Località
Indirizzo	Via
Tipologia dei Lavori	Lavori di
Referente da Contattare	Nominativo Sig. Recapito telefonico Tel/Cell.

La presente richiesta di sopralluogo tecnico ha valore di consulenza e non esime l'impresa dalle responsabilità derivanti dalla mancata applicazione delle norme vigenti in tema di sicurezza sui luoghi di lavoro e nei cantieri temporanei e mobili.

Il sopralluogo è reso a titolo GRATUITO per le imprese iscritte alla Cassa Edile del Nord Sardegna.

**L'ACCETTAZIONE DELLA VISITA IN CANTIERE DA IL DIRITTO A RICEVERE LE PRESTAZIONI
PER LE VISITE MEDICHE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA AGLI OPERAI.**

Data _____

Il Titolare/Legale Rappresentante
(timbro e firma obbligatori)

RICEVUTO - FORMEDIL NORD SARDEGNA

SPAZIO RISERVATO AL FORMEDIL NORD SARDEGNA – AREA SICUREZZA

V° Il Responsabile	V° Il Tecnico	Osservazioni
---------------------------	----------------------	---------------------

INFORMATIVA SULLA PRIVACY: vi informiamo che i dati contenuti nella richiesta sono trattati in base alle disposizioni previste dal Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), per la quale si autorizza il FORMEDIL NORD SARDEGNA al trattamento dei dati personali. Tali dati personali da Lei volontariamente forniti per l'attivazione dei servizi richiesti saranno trattati, da parte del FORMEDIL NORD SARDEGNA, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Tutti i campi devono essere compilati (timbro e firma compresi) - in caso di incompleta compilazione, la richiesta non verrà accettata.

OGGETTO: Richiesta di accertamenti sanitari ai sensi del D. Lgs. 09/04/2008 n°81 (T.U.).

Dati dell'Azienda

Il sottoscritto _____ Titolare/Legale Rappresentante della
Ditta _____ Sede in _____
Via _____ n.c. _____ Cell. _____ Tel. _____
Posizione Cassa Edile Nord Sardegna nr. _____
Partita I.V.A. Impresa _____ - Codice Fiscale Impresa _____

Nominativo lavoratori da inviare a visita (da elencare nei campi sottostanti)

	Codice C.E.	Nominativo operaio	Qual.	Nato il	Assunto il
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Qualifiche Lavoratori: 1) Apprendista – 2) Op. Comune – 3) Op. Qualificato – 4) Op. Specializzato

Data ____/____/____;

Condizioni per ottenere la prestazione di Sorveglianza Sanitaria

L'impresa si impegna a consentire l'accesso in cantiere da parte del tecnico del FORMEDIL NORD SARDEGNA almeno una volta all'anno, al fine di favorire la consulenza gratuita a favore di imprese e lavoratori (Accordo Parti Sociali del 10/01/2012). La prestazione della Sorveglianza Sanitaria (visita medica) è riservata alle imprese in regola con i contributi versati alla Cassa Edile del Nord Sardegna ed ai soli lavoratori che hanno 600 ore di accantonamento lavorate e sono assunti presso un'impresa iscritta alla Cassa Edile del Nord Sardegna. L'Impresa dovrà preventivamente esibire al Medico Competente indicato: **Piani Operativi di Sicurezza (P.O.S., Documento Valutazione dei Rischi)**. Le visite mediche sono effettuate in orario di lavoro, dal lunedì al venerdì. La data e l'ora delle visite mediche sono concordate tra il Medico Competente e l'Impresa tramite e-mail dedicata. In caso di impedimento al rispetto della visita da parte dell'Impresa, la stessa deve darne comunicazione scritta allo Studio Medico entro i due giorni precedenti alla visita. Se questo non avviene, l'impresa deve obbligatoriamente presentarsi alla data concordata, **PENA** il rinvio di un mese dalla prima data concordata delle visite mediche di idoneità pagate dal FORMEDIL NORD SARDEGNA. **Spese che il Datore di Lavoro potrebbe sostenere:** il costo del sopralluogo in cantiere da parte del Medico del Lavoro convenzionato, eventuali accertamenti specialistici ulteriori a quelli previsti dal protocollo dei Medici del FORMEDIL NORD SARDEGNA (ad es. Drug Test, etc), le vaccinazioni obbligatorie per l'idoneità alla mansione (ad es. antitetanica).

SPAZIO RISERVATO FORMEDIL NORD SARDEGNA

Per Accettazione

VISITE PAGATE DAL FORMEDIL NORD SARDEGNA : NR _____ ;
VISTO PER AUTORIZZAZIONE VISITE
Geom. Antonio G. Solinas

Il Titolare/Legale Rappresentante
(timbro e firma obbligatori)

VISITE PAGATE DALL'IMPRESA : NR _____ ;