

**MEDICINA DEL LAVORO – CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO**

LAVORATORE.....sesso  M  F

LUOGO E DATA DI NASCITA .....

NAZIONALITA' .....

CODICE FISCALE

Domicilio (Comune e Prov.) .....

Via ..... Tel.....

Datore di lavoro .....

Ragione Sociale .....

Attività dell' Azienda pubblica o privata .....

Data di assunzione .....

Sede/i di lavoro  
.....  
.....  
.....

La presente cartella sanitaria e di rischio è istituita per:

- prima istituzione
- esaurimento del documento precedente
- altri motivi .....

Il medico competente

.....

Data.....