

ALLEGATO AL RAPPORTO INFORMATIVO

Per istanza di riconoscimento infermità contratta in servizio e/o per causa di esso

PATOLOGIE DA SOVRACCARICO ARTI SUPERIORI

Da compilare ad integrazione del quadro B) del rapporto informativo di base

COGNOME: _____ NOME: _____

ATTIVITA'

- MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI (compreso l'utilizzo degli equipaggiamenti individuali)

PESO MEDIO MOVIMENTATO _____ dal _____ al _____

ESEGUITA CON CONTINUITA' DURANTE IL TURNO LAVORATIVO

ESEGUITA ALMENO NELLA META' DEL TURNO LAVORATIVO

ESEGUITA MENO DELLA META' DEL TURNO LAVORATIVO

- VIBRAZIONI MECCANICHE TRASMESSE AL SISTEMA MANO BRACCIO

dal _____ al _____

PRESENTE NUMERO MEDIO ORE/DIE _____

ASSENTE

- SOVRACCARICO BIOMECCANICO PER ATTIVITA' ESEGUITE CON RITMI CONTINUI, MICROTRAUMI E POSTURE INCONGRUE A CARICO DEGLI ARTI SUPERIORI

PRESENTE NUMERO MEDIO ORE/DIE _____

ASSENTE

SORVEGLIANZA SANITARIA EFFETTUATA A CARICO DEL RICHIEDENTE EX TITOLO VI E TITOLO VIII D. LGS 81/08

PRESENTE

ASSENTE

Data

IL COMANDANTE DI CORPO/ IL CAPO UFFICIO/
IL CAPO DELL'UNITA' ORGANIZZATIVA
(art. 5, c. 4 DPR n. 461/2001)
