

1)

Ns. Riff. \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Richiesta di Autorizzazione in Deroga al prolungamento della periodicità delle Visite Mediche Periodiche ai sensi dell'art. 35 del DPR 19 marzo 1956 n° 303

Spett.  
c.a.

**Az. U. S. L. N° 5 - "Spezzino"**

**UNITA OPERATIVA  
PREVENZIONE E SICUREZZA  
DEGLI AMBIENTI DI LAVORO**

Via Sardegna, 45

**19126**

**LA SPEZIA**

Il sottoscritto Sig. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_ in qualità di 2) \_\_\_\_\_

della Ditta \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Part.IVA \_\_\_\_\_

Telefono N° \_\_\_\_\_ FAX n° \_\_\_\_\_ TelCel N° \_\_\_\_\_

che svolge l'attività di \_\_\_\_\_

con Responsabile del S.P.P. Sig. \_\_\_\_\_

e Medico Competente Sig. Dr. \_\_\_\_\_

con la presente intende

## **richiedere l'Autorizzazione in Deroga**

a codesta Unità Operativa ai sensi dell'art. 35 del DPR 19 marzo 1956 n° 303 a far eseguire le

## **Visite Mediche Periodiche**

ad intervalli più lunghi di quelli prescritti nella tabella allegata al g.c. DPR 303/56.

Si **informa** che:

I locali di lavoro sono presso \_\_\_\_\_ e situati in

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_



- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 6. Documentazione relativa ai servizi e/o impianti  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 7. Planimetrie dettagliate delle disposizioni dei principali macchinari e macchine.   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 8. Documentazione relativa alle principali macchine o attrezzature  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 9. Dichiarazione di conformità ai sensi della L.46/90 rilasciata dalla ditta costruttrice dell'impianto elettrico, schemi ed eventuale progetto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 10. Denuncia e verbali di verifica periodica, ai sensi dell'art. 328 DPR 547/55, dell'impianto di terra   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 11. Denuncia e verbali di verifica periodica, ai sensi dell'art.40 DPR 547/55 delle installazioni e dispositivi contro le scariche atmosferiche | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 12. Documentazione relativa al collaudo e alle verifiche periodiche degli apparecchi di sollevamento, montacarichi e ascensori                  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 13. Documentazione relativa al collaudo e alle verifiche periodiche degli apparecchi e serbatoi in pressione                                    | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 14. Documentazione relativa ai sistemi di prevenzione e di depurazione.   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 15. Documentazione o schede tecniche relative ai prodotti utilizzati.   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 16. Documento di Valutazione ai sensi del D.Lgs. 626/94 e 242/96  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 17. Documento di Valutazione ai sensi del D.Lgs. 277/91 Capo II (Piombo)  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 18. Documento di Valutazione ai sensi del D.Lgs. 277/91 Capo III (Amianto)  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 19. Documento di Valutazione ai sensi del D.Lgs. 277/91 Capo IV (Rumore)  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 20. Documentazione relativa alle Visite Mediche Periodiche ai lavoratori  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 21. Documentazione relativa ai Dispositivi di Protezione Individuale (D.P.I.).  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 22. Altro _____   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 23. Altro _____   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 24. Altro _____   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 25. Altro _____   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Distinti Saluti.

In fede Firma.

---

**NOTE PER LA COMPILAZIONE**

**SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE**

- 1) Timbro o dati anagrafici della Ditta o Notificante
- 2) Indicare se Titolare, Datore di Lavoro, Legale Rappresentante, Dirigente, o altro titolo, ecc..
- 3) Sintetica descrizione della tipologia delle lavorazioni
- 4) Elencare i rischi che hanno fatto scattare l'obbligo e per cui si fanno le Visite Periodiche.
- 5) Elencare i rischi, la mansione interessata e la periodicità delle Visite Mediche che si richiede in riferimento ai rischi della nota 4)
- 6) Segnare con  le voci che interessano.