

La scrivente Ditta _____ codice iscrizione Cassa Edili _____

DICHIARA

- che i propri dipendenti riportati nell'elenco si sono sottoposti agli accertamenti indicati nei giorni a fianco indicati;
- che tali accertamenti sono stati fatti in applicazione delle norme legislative vigenti e contrattuali che regolamentano gli obblighi delle aziende in materia di medicina del lavoro;
- che gli accertamenti sotto indicati **non** riguardano gli obblighi dell'azienda in materia di visite ed esami pre-assuntivi;
- che per tali accertamenti sono state normalmente retribuite le ore perse nella misura e sulla base della retribuzione oraria indicata, e che i dipendenti sottoelencati durante le ore perse per gli accertamenti, **non** erano in malattia/infortunio/CIG.

	COD. LAV. RILEVARE COD DA MUT	COGNOME E NOME	DATA VISITA MEDICA	DATA RX TORACE	DATA SPIROMETRIA	DATA AUDIOMETRIA	DATA E TIPO ALTRI ESAMI INDICARE DATA E TIPO ESAMI EFFETTUATI IN BASE ALLA MANSIONE	MANSIONE VEDI TABELLA SOTTO INDICARE 1-2-3	ORE PERSE NO SABATO NO MAL/INF/ CIG	RETR. ORARIA CON ACCANT. LORDO
1										
2										
3										
4										
5										
6										

ALLEGARE COPIA FATTURA DEL PAGAMENTO VISITE E DEGLI ESAMI
termine presentazione domanda: 30 giorni dalla data fattura o dalla data
ultima visita

INDICARE COORDINATE BANCARIE IBAN PER IL RIMBORSO :

PAESE / CINEUR / CIN / ABI / CAB/ C/C

MANSIONI: 1) ASFALTISTA 2) BITUMATORE 3) IMBIANCHINO 4) VERNICIATORE - SI RIMBORSANO OLTRE ALLA VISITA MEDICA, RX TORACE ,
SPIROMETRIA E AUDIOMETRIA **ANCHE** : esame urine/creatinemia/emocromo completo con piastrine/got/gpt/gamma gt.

RIMBORSI PER GLI ACCERTAMENTI DI ASSENZA DI TOSSICODIPENDENZA NELLE MANSIONI A RISCHIO
ACCORDO PROVINCIALE DEL 30/10/2008

MANSIONI: 5) CONDUCENTI DI VEICOLI STRADALI CON PATENTE C/D/E – 6) ADDETTI ALLA GUIDA DI MACCHINE DI MOVIMENTAZIONE TERRA E
MERCÌ 7) CARRELLISTI / PALISTI E GRUISTI .

data _____

TIMBRO E FIRMA