

**COMITATO PARITETICO TERRITORIALE
(C.P.T.) DEL NORD SARDEGNA**

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 Comitato Paritetico Territoriale (C.P.T.) del 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 C.P.T. del 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 - C.P.T. DEL NORD SARDEGNA

Spazio riservato al C.P.T. DEL NORD SARDEGNA

V° Il Segretario	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 C.P.T. del 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 C.P.T. del Nord Sardegna, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Medico Competente richiesto:

- Argiolas (Sassari/Ozieri/Olbia)
 Correddu (Sassari/Olbia)

Spett.le**C.P.T. del Nord Sardegna****Fax 079 2671035****mail: cptnordsardegna@gmail.com**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. _____

Fax _____ Posizione C.E. 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°
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

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

Condizioni per ottenere la prestazione

L'impresa si impegna a consentire l'accesso in cantiere del tecnico del C.P.T. 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 Schede individuali di rischio compilate per ogni lavoratore (allegate alla presente richiesta alle pagine 3/4)**. Le visite mediche sono effettuate in orario di lavoro. La data e l'ora delle visite mediche sono concordate tra il Medico Competente e l'Impresa tramite fax o e-mail. In caso di impedimento al rispetto della visita da parte dell'Impresa, la stessa deve darne comunicazione scritta al Medico entro i due giorni precedenti alla visita. Se questo non avviene, l'impresa deve obbligatoriamente presentarsi alla data concordata, **PENA** l'esclusione dalla prestazione delle visite mediche pagate dal C.P.T. per un anno. **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 C.P.T., le vaccinazioni obbligatorie per l'idoneità alla mansione (ad es. antitetanica).

Spazio riservato al C.P.T. DEL NORD SARDEGNA

Per Accettazione

VISITE PAGATE DAL CPT : N° _____ ;**VISITE PAGATE DALL'IMPRESA** : N° _____ ;**Il Titolare/Legale Rappresentante**
(timbro e firma obbligatori)V° PER AUTORIZZAZIONE VISITE
Geom. Antonio G. Solinas

NOTE INFORMATIVE SUI RISCHI IN AMBIENTE DI LAVORO

D. LGS. N°81/2008 art. 18 comma 2 (T.U.)

SCHEDA DA CONSEGNARE A MANO AL MEDICO COMPETENTE

A CURA DEL DATORE DI LAVORO - COMPILARE IN STAMPATELLO PER OGNI LAVORATORE

IMPRESA _____

Datore di lavoro _____ n° addetti _____

Attività _____ dell'azienda

Sede Legale: Via _____ n° _____ Comune _____

Prov. _____ Tel./Cell. _____ Fax. _____

EMAIL _____ P. I.V.A.

C.F.

LAVORATORE _____ Sesso M F

Codice fiscale

Luogo e Data di nascita _____ Prov. _____

Domicilio (Comune) _____ Prov. _____

Via _____ n° _____ Tel/Cell _____

Medico Curante (*Medico di Base*) del Lavoratore – Dott./Dott.ssa _____

con Studio Medico in Via _____

Comune _____ Tel. _____

DESTINAZIONE LAVORATIVA E MANSIONE - specificare se: *Apprendista - Carpentiere – Muratore – Manovale – Intonacatore*

– *Imbianchino – Pavimentatore - Autista mezzi pesanti – Conduttore macchine operatrici – Ponteggiatore – Gruista – etc.*

Data di assunzione _____

Sede di lavoro (*Ubicazione del Cantiere, o dei Cantieri, presso quale è addetto il Lavoratore*)

Data _____

Timbro e Firma Datore di Lavoro

SCHEDA DA CONSEGNARE A MANO AL MEDICO COMPETENTE

A CURA DEL DATORE DI LAVORO - COMPILARE IN STAMPATELLO PER OGNI LAVORATORE

1. **RUMORE** - NO SI - Esposizione in db(A) _____ Giornaliero Settimanale
Tempo di esposizione (giorni/anno) _____ Valutazione Fonometrica NO SI (*allegare copia o inviare per e-mail*)
effettuata _____ da: _____
2. **VIBRAZIONI** - NO SI - Mano-Braccio _____ m/s²; Corpo intero _____ m/s²; Tempo di esposizione (giorni/anno) _____ Valutazione delle Vibrazioni NO SI (*allegare copia o inviare per e-mail*)
effettuata da: _____
3. **MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI** - NO SI - Caratteristiche del Carico: Peso (Kg) _____
N° di movimentazioni del carico/ora _____ N° di movimentazioni del carico/giorno _____
Tempo di esposizione (giorni/anno) _____
4. **RISCHIO CHIMICO** - (*isolanti sintetici, impermeabilizzanti, sigillanti, vernici, smalti*): NO SI
Valutazione Rischio Chimico NO SI (*allegare copia o inviare per e-mail*) - *specificare quale sostanza è impiegata – allegare schede di rischio* _____
Tempo di esposizione (giorni/anno) _____
5. **RISCHIO BIOLOGICO** - (*lavori nei canali, nelle fogne, lavori di bonifica*): NO SI
Valutazione Rischio Biologico NO SI (*allegare copia o inviare per e-mail*) - *specificare agente biologico e classe di appartenenza* _____
Tempo di esposizione (giorni/anno) _____
Si ricorda che la VACCINAZIONE ANTITETANICA è obbligatoria per tutti gli operanti nel settore edile (D.Lgs. 292/63, DPR 1301/65, vedasi anche Direttiva 2000/54/CE 18/09/2000, Settima Direttiva particolare ai sensi dell'art. 16 della Direttiva 89/391/CEE)
6. **POLVERI/FIBRE** - NO SI - *specificare tipo di polveri e/o fibre* _____
Tempo di esposizione (giorni/anno) _____
7. **AGENTI CANCEROGENI/MUTAGENI** - (*amianto, oli minerali, bitume, catrame, legni duri*): NO SI
Valutazione Rischio Cancerogeno NO SI (*allegare copia o inviare per e-mail*) - *specificare quale sostanza è impiegata – allegare schede di rischio* _____
Tempo di esposizione (giorni/anno) _____
8. **ATTIVITÀ AL VIDEOTERMINALE** - NO SI
Tempo di esposizione _____ (ore/giorno) _____ (ore/settimana) _____ (giorni/anno)
9. **ATTIVITÀ CON RISCHI SPECIFICI**
- Lavori in altezza (*ponteggiatore, installatore gru edili, copri-tetti*): NO SI
 - Autista/Conducente di mezzi pesanti (patenti C/D/E): NO SI
 - Autista/Conducente di macchine operatrici: NO SI - *specificare tipologia macchina* _____
 - Saldatore: NO SI - (*specificare tipologia di saldatura*) _____

Data _____

Timbro e Firma Datore di Lavoro