

**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:**

<b>Cantiere sito in</b>	Località
<b>Indirizzo</b>	Via
<b>Tipologia dei Lavori</b>	Lavori di
<b>Referente da Contattare</b>	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**

<b>V° Il Segretario</b>	<b>V° Il Tecnico</b>	<b>Osservazioni</b>

**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](mailto: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 di Sorveglianza Sanitaria**

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).

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

Spazio Riservato al C.P.T.

**VISITE PAGATE DAL C.P.T.** : N° \_\_\_\_\_ ;

**VISITE PAGATE DALL'IMPRESA** : N° \_\_\_\_\_ ;

**V° PER AUTORIZZAZIONE VISITE**  
**Geom. Antonio G. Solinas**

Per Accettazione

**Il Titolare/Legale Rappresentante**  
**(timbro e firma obbligatori)**

\_\_\_\_\_