

LA SCRIVENTE DITTA _____

COD. ISCR. CASSA EDILI _____

DICHIARA

- CHE I PROPRI DIPENDENTI, **ESCLUSIVAMENTE OPERAI**, RIPORTATI NELLA PRESENTE RICHIESTA SONO STATI SOTTOPOSTI AGLI ACCERTAMENTI INDICATI,
- CHE TALI ACCERTAMENTI SONO STATI ESEGUITI IN APPLICAZIONE DELLE NORME LEGISLATIVE E CONTRATTUALI VIGENTI IN MATERIA DI MEDICINA DEL LAVORO;
- CHE GLI ACCERTAMENTI INDICATI NON RIGUARDANO GLI OBBLIGHI DELL'AZIENDA IN MATERIA DI VISITE ED ESAMI PRE-ASSUNTIVI;
- **DICHIARA DI NON AVER PERCEPITO ANALOGA PRESTAZIONE PRESSO ALTRE CASSE PER GLI OPERAI TRASFERTISTI INDICATI NEL PRESENTE MODELLO**

LAVORATORE COGNOME / NOME					
CODICE LAVORATORE (RILEVARE CODICE DA MUT)					
DATA VISITA MEDICA					
DATA RX TORACE					
DATA SPIROMETRIA					
DATA AUDIOMETRIA					
DATA DRUG TEST					
CODICE MANSIONE per DRUG (vedi elenco sotto)					
DATA ESAMI SANGUE/ EMATOCHIMICI/ EPATORENALI					
CODICE MANSIONE per esami (vedi elenco sotto)					
DATA FATTURA					
NUMERO FATTURA					

- **MANSIONI PER ESAMI DEL SANGUE:** 1) ASFALTISTA 2) BITUMATORE 3) IMBIANCHINO 4) VERNICIATORE
- **MANSIONI PER ESAMI TOSSICOLOGICI (DRUG):** 5) CONDUCENTI DI VEICOLI STRADALI CON PATENTE C/D/E 6) ADDETTI ALLA GUIDA DI MACCHINE DI MOVIMENTO TERRA E MERCI 7) CARRELLISTI / PALISTI / GRUISTI
- NOTE:
- Per quanto riguarda le mansioni di cui ai codici 1) 2) 3) 4) vengono rimborsati anche i seguenti esami: Urine / Creatinemia / Emocromo (completo con piastrine) / Got / Gpt / gamma GT
- Per quanto riguarda le mansioni di cui ai codici 5) 6) 7) vengono rimborsati anche gli accertamenti per l'assenza di tossicodipendenza nelle mansioni a rischio di cui all'accordo del 30/10/2008.

- **ALLEGARE COPIA FATTURA DELLE VISITE E DEGLI ESAMI.**

- INDICARE COORDINATE BANCARIE PER IL RIMBORSO. COD. IBAN _____

_____ PAESE / CINEUR / CIN / ABI / CAB / CONTO CORRENTE

Data _____

TIMBRO E FIRMA _____