

ALLEGATO 1

Mod C 626/1

REGISTRO DI ESPOSIZIONE AD AGENTI CANCEROGENI - DATI GENERALI

(Art. 70 - D.Lgs 626/94 come modificato dal D.Lgs 242/96)

Nominativo Ditta

Ragione Sociale.....

Data

Compilazione.....

Quadro A - Datore di lavoro

Sede Territoriale	Via	Comune	Cod. Com. ISTAT	CAP	Provincia
	N° telefono	N° Fax	ASL		
Sede Legale	Via	Comune	Cod. Com. ISTAT	CAP	Provincia
	N° telefono	N° Fax			
Legale Rappresentante	Nome	Cognome	Data Nascita	Luogo Nascita	Domicilio
					Qualifica
	Codice fiscale Ditta		Partita IVA Ditta		Codice attività ISTAT

Lavorazione unica o prevalente: Voce tariffa INAIL

Quadro B - Tipo di esposizione e tipo di lavorazione

Agente cancerogeno:
 SOSTANZA PREPARATO SISTEMI, PREPARATI E PROCED.

N. CAS	Q.A.*	N.CAS	Q.A.*	N.CAS	Q.A.*	(Num. el. all. VIII-)	Q.A.*
.....
.....
.....
.....

Altre lavorazioni correlate all'esposizione : Voce tariffa INAIL

..... Voce tariffa INAIL ove
 Voce tariffa INAIL consistente

* Quantità annuale utilizzata o prodotta nel ciclo produttivo (ove possibile determinarla)

Quadro C - Dipendenti

Totale Uomini	di cui esposti	Totale Donne	di cui esposte
Totale numero addetti attività produttive		Totale numero addetti attività amministrative e/o assimilabili.....	

Per informazioni sul modello rivolgersi a : NomeCognome.....Tel.....Fax.....

Timbro e Firma del datore di lavoro

ALLEGATO 1 A

Mod C 626/3

REGISTRO DI ESPOSIZIONE AD AGENTI CANCEROGENI - DATI GENERALI

(Art. 70 - D.Lgs 626/94 come modificato dal D.Lgs 242/96)

NOMINATIVO DITTA-RAGIONE SOCIALE DATA
 CODICE FISCALE PARTITA IVA
 SEDE TERRITORIALE : Via Comune
 Cod.Com. ISTAT CAP Prov N.Tel N. Fax

ATTIVITA' CESSATA IL
SI ALLEGA IL REGISTRO DELL'ESPOSIZIONE DEI LAVORATORI (E LE CARTELLE SANITARIE DI RISCHIO)

COMUNICAZIONE VARIAZIONI (compilare solo le parti da aggiornare)

Quadro A - Datore di lavoro: Nominativo Ditta - Ragione Sociale

Sede	Via	Comune	Cod. Com. ISTAT	CAP	Provincia
Territoriale	.....	.....	.....	.....	.....
	N° telefono	N° Fax	ASL		
		
Sede	Via	Comune	Cod. Com. ISTAT	CAP	Provincia
Legale	.....	.....	.....	.....	.....
	N° telefono	N° Fax	.....	
		
Legale	Nome	Cognome	Data	Luogo	Domicilio
Rappresentante	.....	.....	Nascita	Nascita	Qualifica

	Codice fiscale Ditta		Partita IVA Ditta		Codice attività ISTAT

Lavorazione unica o prevalente: Voce tariffa INAIL

Quadro B - Tipo di esposizione e tipo di lavorazione

Agente cancerogeno:

SOSTANZA PREPARATO SISTEMI, PREPARATI E PROCED.

N. CAS	Q.A.*	N. CAS	Q.A.*	N. CAS	Q.A.*	(Num. el. all. VIII)	Q.A.*
.....
.....
.....

- Altre lavorazioni correlate all'esposizione : Voce tariffa INAIL ove
 Voce tariffa INAIL esistente

* Quantità annuale utilizzata o prodotta nel ciclo produttivo (ove possibile determinarla)

Quadro C - Dipendenti

Totale Uomini di cui esposti Totale Donne di cui esposte

Totale numero addetti attività produttive Totale numero addetti attività amministrative e/o assimilabili.....

Per informazioni sul modello rivolgersi a : Nome Cognome Tel Fax
 Timbro e Firma del datore di lavoro.....

ALLEGATO 2
CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO
(D.Lgs 626/94)

LAVORATORE sesso M F

LUOGO E DATA DI NASCITA

Codice fiscale

Domicilio (Comune e Prov.)

Via Tel.

Medico curante Dott.

Via Tel.

Datore di lavoro

Attività dell' Azienda pubblica o privata

Data di assunzione

Sede/i di lavoro

.....

La presente cartella sanitaria e di rischio è istituita per:

- prima istituzione
 esaurimento del documento precedente
 altri motivi

Il medico competente

.....

La presente cartella sanitaria e di rischio è costituita da n. pagine.

Data

Il datore di lavoro

.....

VISITA MEDICA PREVENTIVA

1. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Destinazione lavorativa – Mansioni
Fattori di rischio (specificare quali (2)
Tempo di esposizione (giorni/anno)

Note:

- 1) I dati di questa sezione sono forniti dal datore di lavoro (indicare n° degli allegati).
2) Per gli agenti cancerogeni indicare anche il numero CAS, il tipo (sostanza, preparato o processo di cui all'allegato VIII D.Lgs. 626/94) e il valore dell'esposizione.

2. ANAMNESI LAVORATIVA

.....
.....
.....

Esposizioni precedenti [] no [] si

3. ANAMNESI FAMILIARE

.....
.....
.....

4. ANAMNESI PERSONALE

.....
.....
.....

Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi)

.....
.....
.....

Invalità riconosciute (I. civile, INPS, INAIL, Ass. Private)

.....
.....
.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma [] no [] si

.....
.....
.....

Altre notizie utili a fini anamnestici lavorativi

.....
.....
.....
.....

Per presa visione
il lavoratore

Data _____

5. Programma di sorveglianza sanitaria (protocolli, periodicità)

.....
.....
.....

6. Esame clinico generale

.....
.....
.....

7. Accertamenti integrativi specialistici e/o di laboratorio (indicare gli accertamenti eseguiti e il n° di riferimento dei referti allegati)

.....
.....
.....

8. Valutazioni conclusive (dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali).

9. Giudizio di idoneità:

idoneo non idoneo

idoneo con le seguenti condizioni
.....
.....

Data

Avverso il giudizio di inidoneità parziale o totale del lavoratore è ammesso ricorso all'Organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi del comma 4 dell'art. 17 del D.Lgs. 626/94, entro il termine di 30 giorni

Il lavoratore per presa visione

Il medico competente

.....

.....

10. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO effettuata il a mezzo

..... :

Il medico competente

.....

Da consegnare al datore di lavoro
il lavoratore in data
è stato sottoposto alla visita medica preventiva per esposizione a (indicare i fattori di rischio)
.....
con il seguente esito:
 idoneo non idoneo

 idoneo con le seguenti condizioni
.....
.....
Da sottoporre a nuova visita medica il previa esecuzione
dei seguenti accertamenti
.....
Data

Il medico competente
.....

VISITA MEDICA

- Periodica
- Straordinaria
- motivazione:
 - cambiamento
 - controllo cessazione inidoneità
 - su richiesta (specificare da chi)
 - eventi accidentali
 - fine rapporto di lavoro o altri motivi

1. DATI OCCUPAZIONALI (1)

Variat. destinazione lavorativa o mansione

Eventuale uso di dispositivi di protezione personale

Fattori di rischio (specificare quali) (2)

Tempo di esposizione giorni/anno

Note:

- 1) Questa sezione va compilata in caso di variazione rispetto all'ultima visita medica con i dati forniti dal datore di lavoro (indicare n° degli allegati).
- 2) Per gli agenti cancerogeni indicare anche il numero CAS, il tipo (sostanza, preparato o processo di cui all'allegato VIII D.Lgs. 626/94 e il valore dell'esposizione.

2. ANAMNESI INTERCORRENTE

.....

.....

.....

Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi)

.....

.....

Riconoscimenti di invalidità

.....

Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma (indicare gli agenti) no

si

Per presa visione
il lavoratore

3. Esame obiettivo (con particolare riferimento ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)

.....

.....

4. Accertamenti integrativi – specialistici e/o di laboratorio – (indicare gli accertamenti eseguiti e riportate il n° di riferimento dei referti allegati)

.....

.....

5. Valutazioni conclusive (dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

.....
.....
.....

6. Giudizio di idoneità:

idoneo non idoneo

idoneo con le seguenti condizioni

.....

Temporaneamente non idoneo fino a

Data

Avverso il giudizio di inidoneità parziale o temporanea o totale del lavoratore è ammesso ricorso all'Organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi del comma 4 dell'art. 17 del D.Lgs. 626/94, entro il termine di 30 giorni

Il lavoratore per presa visione

Il medico competente

.....

.....

7. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITA' AL DATORE DI LAVORO effettuata il a mezzo

Il medico competente

.....

CONSERVAZIONE DELLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

- Cessazione dell'attività dell'azienda/Risoluzione del rapporto di lavoro

La presente cartella sanitaria e di rischio, completa di n allegati, viene inviata all'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro ai sensi dell'art. 70, comma 4.

Cessazione dell'attività dell'impresa, avvenuta il

Risoluzione del rapporto di lavoro, avvenuta il

A richiesta copia della cartella sanitaria viene consegnata al lavoratore ai sensi dell'art. 17 comma 1 del D.Lgs. 626/94.

Il lavoratore è stato informato riguardo all'opportunità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa ai sensi dell'art. 17 comma 1 lett. e) del D.Lgs. 626/94.

Data

Il medico competente

Il lavoratore

.....

.....

CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

- Per cessazione dell'incarico, avvenuta il la presente
cartella sanitaria e di rischio, completa di n. ... allegati, viene consegnata al medico Dott.

Data

Il medico uscente

.....

Dichiaro di ricevere dal Dott. che cessa dall'incarico, la
presente cartella sanitaria completa di n. allegati.

Data

Il medico subentrante

.....

Allegato 3

Mod C 626/4

RICHIESTA ALL'ISPESL DI COPIA DELLE ANNOTAZIONI INDIVIDUALI E DELLE CARTELLE SANITARIE E DI RISCHIO IN CASO DI ASSUNZIONE DI LAVORATORI ESPOSTI IN PRECEDENZA AD AGENTI CANCEROGENI (Art.70 comma 2, lettera e - D.Lgs. 626/94 come modificato dal D.Lgs. 242/96)

DITTA RICHIEDENTE

DITTA-RAGIONE SOCIALE DATA
 CODICE FISCALE PARTITA IVA
 SEDE TERRITORIALE: Via
 Comune Cod.Com. ISTAT CAP Prov
 N.Tel. N. Fax

IL REGISTRO DI ESPOSIZIONE AD AGENTI CANCEROGENI:

- E' STATO ISTITUITO IL(gg / mm / aaaa)
 - LA COPIA E' STATA INVIATA ALL'ISPESL IL(gg / mm / aaaa)

**LAVORATORI PER I QUALI SONO RICHIESTE LE ANNOTAZIONI INDIVIDUALI
 E LE CARTELLE SANITARIE E DI RISCHIO**

LAVORATORE	DITTE E ATTIVITA' PRECEDENTI CON ESPOSIZIONE AD AGENTI CANCEROGENI	AGENTI CANCEROGENI
Cod.Fisc..... Nome..... Cognome..... Sesso: M F..... Data di Nascita..... Comune..... Prov.....
Cod.Fisc..... Nome..... Cognome..... Sesso: M F..... Data di Nascita..... Comune..... Prov.....
Cod.Fisc..... Nome..... Cognome..... Sesso: M F..... Data di Nascita..... Comune..... Prov.....
Cod.Fisc..... Nome..... Cognome..... Sesso: M F..... Data di Nascita..... Comune..... Prov.....
Cod.Fisc..... Nome..... Cognome..... Sesso: M F..... Data di Nascita..... Comune..... Prov.....
Cod.Fisc..... Nome..... Cognome..... Sesso: M F..... Data di Nascita..... Comune..... Prov.....

ALLEGATO 4

**AGENTI CANCEROGENI
SPECIFICHE PER LA COMPILAZIONE DEI MODELLI DI CUI AGLI ALLEGATI 1, 1A e 4**
FASE INIZIALE

L' Allegato 1 (Mod. C 626/1) riassume sia i dati anagrafici del datore di lavoro che una sintesi delle principali caratteristiche dell'azienda (attività produttiva, agente utilizzato, addetti, ecc.) e ad esso vanno allegati i moduli relativi ai singoli soggetti esposti.

L' Allegato 1 (Mod. C 626/2) consente di registrare le informazioni riguardanti i dati anagrafici di ogni lavoratore, la mansione svolta, il tipo ed il valore dell'esposizione.

FASE A REGIME

Esaurita la fase iniziale di acquisizione delle informazioni, si passa ad una seconda fase che comprende l'aggiornamento dei dati notificati nella fase iniziale.

L' Allegato 1 (Mod. C 626/2) verrà quindi utilizzato per comunicare le seguenti variazioni:

- data cessazione del lavoro
- eventuali modifiche inerenti l'attività lavorativa individuale e/o i livelli di esposizione

L' Allegato 1 (Mod. C 626/2) contiene, tra l'altro, nella parte superiore, un settore per la sintesi dei dati identificativi dell'azienda; tale settore va compilato solo nella fase di comunicazione delle variazioni per poter associare i soggetti alla propria unità produttiva poiché, nella fase a regime, potranno essere inviate solo le singole schede individuali.

L' Allegato 1A (Mod. C 626/3) dovrà essere utilizzato per la comunicazione all'ISPESL di variazioni intervenute nelle informazioni che caratterizzano l'identificazione dell'azienda e quindi i quadri A, B e C andranno compilati solo nella parte che si è modificata rispetto alla precedente identificazione.

Successivamente, per la richiesta delle "annotazioni individuali", dovrà essere utilizzato il modello Allegato 3 (Mod. C 626/4).

ALLEGATO 1 – DATI GENERALI Mod. C 626/1

DATA COMPILAZIONE

indicare la data di compilazione del modello (formato gg/mm/aaaa).

QUADRO A: DATORE DI LAVORO**SEDE TERRITORIALE**

VIA

*riportare le indicazioni per esteso
(Es. Via G. Verdi = Via Giuseppe Verdi).*

COMUNE

*riportare le indicazioni per esteso
(Es. S. Teresa Gallura = Santa Teresa Gallura).*

CODICE COMUNE

utilizzare i codici di classificazione ISTAT (vedere Elenco dei Comuni).

PROVINCIA

sigla (Roma=RM)

TELEFONO	<i>prefisso / numero telefonico</i>
FAX	<i>prefisso / numero fax</i>
ASL (SIGLA/NUMERO)	<i>indicare la sigla ed il numero di identificazione ufficiale della ASL competente per territorio.</i>
<u>SEDE LEGALE</u>	<i>compilare solo se diversa da quella territoriale</i>
VIA	<i>riportare le indicazioni per esteso (Es. Via G. Verdi = Via Giuseppe Verdi).</i>
COMUNE	<i>riportare le indicazioni per esteso (Es. S. Teresa Gallura = Santa Teresa Gallura).</i>
CODICE COMUNE	<i>utilizzare i codici di classificazione ISTAT (vedere Elenco dei Comuni).</i>
PROVINCIA	<i>sigla (Roma=RM)</i>
TELEFONO	<i>prefisso / numero telefonico</i>
FAX	<i>prefisso / numero fax</i>
<u>LEGALE RAPPRESENTANTE:</u>	
DATA DI NASCITA	<i>formato gg/mm/aaaa</i>
QUALIFICA	<i>amministratore delegato, unico ecc.</i>
CODICE ATTIVITA' ISTAT	<i>indicare quello relativo alla codifica ISTAT (Classificazione delle attività economiche - metodi e norme, serie C - n.11) inerente l'attività unica o prevalente. Tale codice si può rilevare dalla documentazione riguardante l'iscrizione alla Camera di Commercio.</i>
LAVORAZIONE UNICA O PREVALENTE	<i>descrizione della lavorazione prevalente dell'Azienda.</i>
VOCE TARIFFA INAIL	<i>codice INAIL relativo all'anzidetta lavorazione. Tale codice si può rilevare dalla documentazione relativa alla stipula della convenzione assicurativa con l'INAIL.</i>

QUADRO B: TIPO DI ESPOSIZIONE E TIPO DI LAVORAZIONE

AGENTE CANCEROGENO: SOSTANZA	<i>barrare la casella corrispondente a "SOSTANZA" e indicare nella parte sottostante corrispondente il N. CAS dell/i cancerogeno/i.</i>
PREPARATO	<i>barrare la casella corrispondente a "PREPARATO" e indicarne il nome. Nella parte sottostante indicare il N. CAS delle sostanze cancerogene presenti nel preparato.</i>
SISTEMI, PREPARATI E PROCED.	<i>barrare la casella e riportare nella parte sottostante il corrispondente codice numerico rilevabile dall'elenco riportato nell'Allegato VIII del D.Lgs. 626/94 e succ. modif.</i>
ALTRE LAVORAZIONI CORRELATE ALL' ESPOSIZIONE	<i>descrizione delle lavorazioni.</i>

VOCE/1 TARIFFA INAIL

relativa/e alle anzidette lavorazioni. Tali codici si possono rilevare dalla documentazione relativa alla stipula della convenzione assicurativa con l'INAIL. Nel caso di più codici riportarli tutti.

PER INFORMAZIONI SUL MODELLO RIVOLGERSI A:

indicare il referente della Ditta da contattare per ulteriori informazioni relative al Registro compilato.

ALLEGATO 1- DATI INDIVIDUALI **Mod. C 626/2**

Spazio da compilare solo per la comunicazione di variazioni inerenti i dati del lavoratore: tale spazio va compilato quando si intende comunicare variazioni intervenute nei dati del lavoratore dopo la prima notifica.

DATA

di compilazione della parte relativa alle informazioni di carattere individuale (formato gg/mm/aaaa).

DATI ANAGRAFICI DEL LAVORATORE

DOMICILIO

indicare il domicilio del lavoratore. In caso di variazione barrare la casella "CAMBIATO" indicando il nuovo COMUNE e/o PROVINCIA.

DATI SULL'ATTIVITA' LAVORATIVA E SULL'ESPOSIZIONE

I dati sull'attività lavorativa e sull'esposizione devono essere riportati in ogni riga dell'apposita tabella. Per ogni variazione intervenuta nei suddetti dati, deve essere compilata per intero la successiva riga registrando sia i dati modificati che quelli rimasti invariati. Deve essere compilata una nuova riga ogni volta che si procede ad una nuova valutazione del rischio.

NUMERO PROGRESSIVO

numerare progressivamente secondo l'ordine cronologico ogni riga di dati registrata.

CODICE CLASS. PROF. ISTAT

utilizzare il codice di classificazione delle professioni ISTAT (Classificazione delle professioni - metodi e norme, serie C - n.12) indicando la numerazione decimale. Nel caso in cui il lavoratore svolga più compiti o più mansioni va indicata, tra quelle correlate all'esposizione, quella prevalente.

MANSIONE

per mansione si intende il compito affidato o lavoro svolto; riportare per esteso la dizione corrispondente al codice ISTAT.

ATTIVITA' SVOLTA

breve descrizione dell'effettiva attività lavorativa correlata con la mansione.

TIPO

indicare con il codice: 1 = sostanza, 2 = preparato, 3 = sistemi, preparati e procedimenti allegato VIII.

AGENTI CANCEROGENI

indicare per esteso la sostanza.

NUMERO CAS

riportare il numero corrispondente all'agente. In caso di "sistemi, preparati e procedimenti allegato VIII", riportare il n. corrispondente dell'allegato VIII.

ESPOSIZIONE	<i>riportare il valore dell'esposizione così come indicato nella valutazione del rischio.</i>
METODO	<i>riportare i metodi di campionamento e analisi adottati.</i>
TEMPO	<i>tradurre in termini di giorni - anno il periodo di esposizione.</i>
DATA INIZIO	<i>dell'attività comportante l'esposizione (formato gg/mm/aaaa).</i>
DATA FINE	<i>dell'attività comportante l'esposizione (formato gg/mm/aaaa).</i>
DATA CESSAZIONE ATTIVITA' LAVORATIVA	<i>formato gg/mm/aaaa.</i>

ALLEGATO 1A **Mod. C 626/3**

Per la compilazione vedere le specifiche dell'ALLEGATO 1

Nel caso di cessazione dell'attività dell'azienda, indicare la data nell'apposito spazio (formato gg/mm/aaaa) e allegare il registro di esposizione dei lavoratori.

ALLEGATO 3 **Mod. C 626/4**

Il modulo in questione deve essere utilizzato per la richiesta di copia delle annotazioni individuali all'ISPESL in caso di assunzione di lavoratori esposti in precedenza ad agenti cancerogeni.

Per quanto attiene alla parte inerente la specifica delle "DITTE E ATTIVITA' PRECEDENTI CON ESPOSIZIONE AD AGENTI CANCEROGENI", sono da riportare in forma sintetica le informazioni desunte dall'anamnesi lavorativa del soggetto.