

<u>Spazio Riservato all'Ufficio</u> CPP Mantova Importo Liquidato €. Pagato il NOTE.....

Spettabile
**COMITATO PARITETICO PROVINCIALE
PER LA SICUREZZA E LA SALUTE NEI
LUOGHI DI LAVORO AGRICOLO**
Via P. Amedeo 27, Galleria Landucci 2
46100 Mantova

OGGETTO: richiesta CONTRIBUTO per l'attuazione della SORVEGLIANZA SANITARIA

Con la presente,

SI RICHIEDE

il contributo del **C.P.P.** per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro agricolo, per l'attuazione della **SORVEGLIANZA SANITARIA** per i lavoratori a tempo **INDETERMINATO** e/o **DETERMINATO** (di cui al numero sottoindicato), della ditta:

DATI AZIENDALI	RAGIONE SOCIALE	
	sede legale	
	sede operativa	
	PARTITA IVA	
	CODICE FISCALE	
	CODICE ATTIVITÀ (codice ATECO 2007)	
	Indirizzo di posta elettronica	
	Telefono	
DATI PERSONALI	LEGALE RAPPRESENTANTE	
	professione	
	nato/a	
	residente a	
	CODICE FISCALE legale rappresentante	

Dal 1° giugno 2020, è obbligatorio indicare in questo NUOVO MODELLO, oppure allegando file già preimpostati, i DATI di tutti i dipendenti sottoposti a visita medica per i quali viene richiesto il contributo di Sorveglianza Sanitaria.

Numero (in lettere) _____	lavoratori a tempo INDETERMINATO coinvolti	
Numero (in lettere) _____	lavoratori a tempo DETERMINATO coinvolti <u>(che abbiano superato le 50 giornate annue lavorate)</u>	
Numero (in lettere) _____	lavoratori a tempo DETERMINATO coinvolti <u>(con CONTRATTO INFERIORE alle 50 giornate)</u>	
Euro _____	Il contributo sarà per:	
	- Operai Tempo INDETERMINATO	
Numero dipendenti _____	- €. 80,00	per ogni lavoratore a Tempo Indeterminato coinvolto, <u>la cui Azienda, per la 1^ VOLTA, richiede il Contributo per la Sorveglianza Sanitaria</u>
Numero dipendenti _____	- €. 80,00	per ogni lavoratore a Tempo Indeterminato coinvolto, <u>la cui Azienda, per la 1^ VOLTA e consecutive, richiede il Contributo per la Sorveglianza Sanitaria, per visita effettuata CONGIUNTAMENTE con l'Elettrocardiogramma</u>
Numero dipendenti _____	- €. 50,00	per ogni lavoratore a Tempo Indeterminato coinvolto, <u>la cui Azienda, per la 2^ VOLTA e consecutive, richiede il Contributo per la Sorveglianza Sanitaria</u>
Euro _____	- Operai Tempo DETERMINATO	
Numero dipendenti _____	- €. 50,00	per ogni lavoratore a Tempo Determinato coinvolto, <u>la cui Azienda, per la 1^ VOLTA e consecutive, richiede il Contributo per la Sorveglianza Sanitaria</u>
Numero dipendenti _____	- €. 80,00	per ogni lavoratore a Tempo Determinato coinvolto, <u>la cui Azienda, per la 1^ VOLTA e consecutive, richiede il Contributo per la Sorveglianza Sanitaria, per visita effettuata CONGIUNTAMENTE con l'Elettrocardiogramma</u>
Euro _____	- Operai Tempo DETERMINATO <u>(con CONTRATTO INFERIORE alle 50 giornate per l'anno 2020)</u>	
Numero dipendenti _____	- €. 40,00	per ogni lavoratore a Tempo Determinato coinvolto, <u>la cui Azienda, per la 1^ VOLTA e consecutive, richiede il Contributo per la Sorveglianza Sanitaria</u>
Numero dipendenti _____	- €. 70,00	per ogni lavoratore a Tempo Determinato coinvolto, <u>la cui Azienda, per la 1^ VOLTA e consecutive, richiede il Contributo per la Sorveglianza Sanitaria, per visita effettuata CONGIUNTAMENTE con l'Elettrocardiogramma</u>
Totale contributo Euro _____		

Dati DIPENDENTE

Il/La sottoscritto/a _____
Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ (____) il _____
Residente a _____ (____) CAP _____ Frazione _____
Via _____ nr. _____ Telefono _____

Qualifica: OTI OTD OTD inferiore 50 GG.

Mansione: _____

Firma**Dati DIPENDENTE**

Il/La sottoscritto/a _____
Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ (____) il _____
Residente a _____ (____) CAP _____ Frazione _____
Via _____ nr. _____ Telefono _____

Qualifica: OTI OTD OTD inferiore 50 GG.

Mansione: _____

Firma**Dati DIPENDENTE**

Il/La sottoscritto/a _____
Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ (____) il _____
Residente a _____ (____) CAP _____ Frazione _____
Via _____ nr. _____ Telefono _____

Qualifica: OTI OTD OTD inferiore 50 GG.

Mansione: _____

Firma**Dati DIPENDENTE**

Il/La sottoscritto/a _____
Cod. Fisc. _____ Nato/a a _____ (____) il _____
Residente a _____ (____) CAP _____ Frazione _____
Via _____ nr. _____ Telefono _____

Qualifica: OTI OTD OTD inferiore 50 GG.

Mansione: _____

Firma

Modalità di erogazione del contributo	<input type="checkbox"/> per accredito su Conto Corrente: Intestazione _____ Codice IBAN _____ <input type="checkbox"/> domicilio ed intestazione per invio assegno Intestazione _____ Indirizzo _____

E' obbligatorio allegare la certificazione del medico competente (vedi Allegato 1).
La richiesta deve essere inviata entro 3 mesi dalla visita (e comunque entro il 31 marzo dell'anno successivo).
La richiesta è valida per visite di sorveglianza sanitaria svolte a partire da gennaio 2020.

Lì _____, data _____
* (gg/mm/aaaa)

Timbro e firma del Soggetto richiedente
(legale rappresentante)

Spettabile
**COMITATO PARITETICO PROVINCIALE
PER LA SICUREZZA E LA SALUTE NEI
LUOGHI DI LAVORO AGRICOLO**
Via P. Amedeo 27, Galleria Landucci 2
46100 Mantova

Il sottoscritto medico competente Dott.

ATTESTA

che per numero totale (in lettere)

- lavoratori a tempo **Indeterminato**
- lavoratori a tempo **Determinato**

dipendenti dell'Azienda agricola

sottoposti a visita Sanitaria di Sorveglianza in data

sono stati effettuati questi esami:

- Audiometria → Numero Dipendenti Interessati
- Spirometria → Numero Dipendenti Interessati
- Elettrocardiogramma → Numero Dipendenti Interessati

È stato controllata

- Antitetanica → Numero Dipendenti Interessati

Di seguito farà pervenire al Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro dell'ASL di Mantova (SPSAL), nei termini prescritti e sotto la propria responsabilità, il "Questionario Sorveglianza Sanitaria in Agricoltura" debitamente compilato secondo le indicazioni dello stesso SPSAL.

Firma del medico competente

Lì _____, data _____
* (gg/mm/aaaa)