

MODULO RICHIESTA **CONTRIBUTO SORVEGLIANZA SANITARIA**

Spazio Riservato all'Ufficio

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

Con la presente,

SI RICHIEDE

il contributo del **C.P.P.** 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: | |
| | - Operai Tempo INDETERMINATO | |
| Numero dipendenti _____ | - €. 50,00 | per ogni lavoratore sottoposto a visita |
| Numero dipendenti _____ | - €. 80,00 | per ogni lavoratore <u>sottoposto a visita, effettuata CONGIUNTAMENTE con l'Elettrocardiogramma</u> |
| Euro _____ | - Operai Tempo DETERMINATO | |
| Numero dipendenti _____ | - €. 50,00 | per ogni lavoratore sottoposto a visita |
| Numero dipendenti _____ | - €. 80,00 | per ogni lavoratore <u>sottoposto a visita, effettuata CONGIUNTAMENTE con l'Elettrocardiogramma</u> |
| Euro _____ | - Operai Tempo DETERMINATO <u>(con CONTRATTO INFERIORE alle 50 giornate)</u> | |
| Numero dipendenti _____ | - €. 40,00 | per ogni lavoratore sottoposto a visita |
| Numero dipendenti _____ | - €. 70,00 | per ogni lavoratore <u>sottoposto a 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 _____ |

E' **obbligatorio** allegare la **CERTIFICAZIONE del MEDICO** competente (vedi Allegato 1).

E' **obbligatorio** allegare la **FATTURA delle VISITE EFFETTUATE** corrispondenti alla richiesta.

Il Totale del contributo riconosciuto non potrà superare il valore della fattura allegata.

La richiesta deve essere inviata entro 3 mesi dalla visita (e comunque entro il 31 marzo dell'anno successivo).

Timbro e firma del Soggetto richiedente
(legale rappresentante)

Li _____, data _____
* (gg/mm/aaaa)

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

Firma del medico competente

Lì _____, data _____
* (gg/mm/aaaa)