

ASSICURAZIONE CONTRO LA SILICOSI E L'ASBESTOSI

T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni
e le malattie professionali – D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124

Alla Ditta _____

.....

Al Signor ¹ _____

.....

All'Ispettorato del Lavoro ²

.....

Si attesta che dagli esami clinico-radiologici eseguiti il giorno

Il lavoratore _____

Nato a _____ il _____ addetto 3

addetto 3
da adibirsi

al lavoro di _____

CONCLAMATA

SOSPETTA

è risultato $\frac{\text{affetto da silicosi o asbestosi}}{\text{fisicamente idoneo}}$

NO
SI
NO

Data,

IL MEDICO

(firma)

(indirizzo)

.....
(Ente di appartenenza)

¹ Cognome, nome e indirizzo del lavoratore.

² Da trasmettere nel solo caso che il lavoratore sia risultato affetto da silicosi o asbestosi.

3 Cancellare la dicitura che non interessa.