

Io sottoscritta \_\_\_\_\_

nata il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ dichiara quanto segue:

- 1) svolgo la mansione di \_\_\_\_\_  
presso l'Azienda \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_
- 2) la mansione che svolgo è soggetta a sorveglianza sanitaria  SI  NO
- 3) nel periodo di gravidanza la mia mansione è stata modificata  SI  NO
- 4) nella mia Azienda è presente il medico competente  SI  NO  
si chiama \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_
- 5) di essere stata allontanata anticipatamente dal lavoro  
in congedo di maternità  SI  NO  
per gravidanza a rischio  SI  NO  
Se SI quando \_\_\_\_\_  
per condizioni di lavoro o ambientali pregiudizievoli alla salute  SI  NO  
Se SI quando \_\_\_\_\_

## ANAMNESI LAVORATIVA PER LA PERMANENZA IN ATTIVITÀ LAVORATIVA DURANTE L'8° MESE DI GRAVIDANZA

Da compilare a cura  
dell'interessata

### MODALITÀ DI RAGGIUNGIMENTO DEL POSTO DI LAVORO

- 6) TIPO DEL MEZZO UTILIZZATO E TEMPI DI PERCORRENZA DEL TRAGITTO CASA-LAVORO E VICEVERSA  
(segnare una crocetta nella casella corrispondente; possono essere riempite più caselle, se vengono usati mezzi diversi)

TIPO DI MEZZO	TEMPO DI ANDATA (minuti)					TEMPO DI RITORNO (minuti)				
	<30'	30'-60'	60'-90'	90'-120'	>120'	<30'	30'-60'	60'-90'	90'-120'	>120'
A piedi										
Bicicletta										
Motorino										
Automobile										
Autobus										
Pullman										
Treno										

- 7) TIPO E LUNGHEZZA DEL PERCORSO

Strada sterrata Km \_\_\_\_\_ / solo andata

Strada statale Km \_\_\_\_\_ / solo andata

Autostrada Km \_\_\_\_\_ / solo andata

Strade di città/paese Km \_\_\_\_\_ / solo andata

### INFORMAZIONI SULL'AMBIENTE DI LAVORO

- 8) RAGGIUNGIMENTO INTERNO DEL POSTO DI LAVORO

scale  SI  NO Se SI indicare n. scalini \_\_\_\_\_ (massimo 30 scalini)

ascensore  SI  NO

- 9) ORARIO DI LAVORO\*

1 turno intero dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

1 turno spezzato dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

2 turni dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

\*si ricorda che il lavoro notturno, dalle ore 24 alle ore 6, è vietato dall'accertamento dello stato di gravidanza fino al compimento di un anno di età del bambino, ai sensi del 1 comma dell'art.53 del D.Lgs. 151/01

- 10) PAUSE

Sono consentite pause durante l'orario di lavoro  SI  NO



11) ALIMENTAZIONE

Effettua la pausa per la colazione o il pranzo  SI  NO

Se SI, quanto è la durata in minuti della pausa \_\_\_\_\_

dove viene consumato il pasto \_\_\_\_\_

in cosa consiste di solito il pasto \_\_\_\_\_

12) FUMO

Sono rispettate le zone dove è vietato fumare  SI  NO

Se NO, è esposta personalmente a fumo passivo  SI  NO

13) CONDIZIONAMENTO DEI LOCALI DI LAVORO

Sono riscaldati in inverno  SI  NO

Sono refrigerati in estate  SI  NO

14) POSTURE FISSE

Quando lo desidera, le è permesso alzarsi e fare un po' di movimento  SI  NO

15) POSTAZIONE DI LAVORO

È confortevole e non costrittiva in particolare per l'addome  SI  NO

Quali sono eventuali problemi \_\_\_\_\_

16) SERVIZI IGIENICI

Presenti all'interno del luogo di lavoro  SI  NO

OSSERVAZIONI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo: <https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda> o scansionando il QR code a margine.



Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_