

lo 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 _____