

Mittente:

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

Spett.le Pro.Med S.r.l.

Viale dei Mille, 4  
48015 Cervia (Ra)  
Tel/Fax: 0544.976365

Alla c.a. del Medico Competente Aziendale

Data \_\_\_\_\_

*Oggetto: Accertamenti sanitari per l'assenza di tossicodipendenza per lavoratori che svolgono attività pericolose ai sensi di "Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, Legge n. 131/2003, in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza "*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ datore di lavoro della azienda \_\_\_\_\_, per le mansioni pericolose individuate dall'allegato 1 dell'intesa in oggetto, in particolare le seguenti:

- conducenti di veicoli stradali per i quali e' richiesto il possesso della patente di guida categoria C, D, E, e quelli per i quali e' richiesto il certificato di abilitazione professionale per la guida di taxi o di veicoli in servizio di noleggio con conducente, ovvero il certificato di formazione professionale per guida di veicoli che trasportano merci pericolose su strada
- conducenti, conduttori, manovratori e addetti agli scambi di altri veicoli con binario, rotaie o di apparecchi di sollevamento, esclusi i manovratori di carri ponte con pulsantiera a terra e di monorotaie
- addetti alla guida di macchine di movimentazione terra e merci
- impiego di gas tossici (art. 8 del Regio Decreto 1927, e successive modificazioni)
- personale navigante delle acque interne con qualifica di conduttore per le imbarcazioni da diporto adibite a noleggio
- personale addetto alla circolazione e a sicurezza delle ferrovie in concessione e in gestione governativa, metropolitana, tranvie e impianti assimilati, filovie, autolinee e impianti funicolari, aerei e terrestri
- personale marittimo di prima categoria delle sezioni di coperta e macchina, limitatamente allo Stato maggiore e sottufficiali componenti l'equipaggio di navi mercantili e passeggeri, nonche' il personale marittimo e tecnico delle piattaforme in mare, dei pontoni galleggianti, adibito ad attivita' off-shore e delle navi posatubi

trasmette i nominativi dei lavoratori che svolgono le suddette attività e che dovranno essere sottoposti agli esami di accertamento sull'utilizzo di sostanze stupefacenti:

Il datore di lavoro dichiara altresì di informare i lavoratori che il Medico Competente effettuerà, nell'ambito della sorveglianza sanitaria, specifici accertamenti volti ad accertare l'eventuale assunzione di sostanze stupefacenti.

- cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_
- cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_
- cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_
- cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_
- cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_
- cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

Cordiali saluti.

Il Datore di Lavoro \_\_\_\_\_

Nell'azienda **non** sono presenti lavoratori che svolgono mansioni tali per cui scatti l'obbligo degli "Accertamenti sanitari per l'assenza di tossicodipendenza per lavoratori che svolgono attività pericolose ai sensi di "Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, Legge n. 131/2003, in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza "

Il Datore di lavoro \_\_\_\_\_