

ELENCO DELLE VISITE MEDICHE ESEGUITE

Periodo di Riferimento : 01/01/2022 – 31/12/2022

Ditta: _____

C.F./P.IVA: _____

	Lavoratore	Mansione ⁽¹⁾	Visita	Effettuata il
1	Nome _____ C.F.:		[] Preventiva [] Periodica	il _____ il _____
2	Nome _____ C.F.:		[] Preventiva [] Periodica	il _____ il _____
3	Nome _____ C.F.:		[] Preventiva [] Periodica	il _____ il _____
4	Nome _____ C.F.:		[] Preventiva [] Periodica	il _____ il _____
5	Nome _____ C.F.:		[] Preventiva [] Periodica	il _____ il _____
6	Nome _____ C.F.:		[] Preventiva [] Periodica	il _____ il _____
7	Nome _____ C.F.:		[] Preventiva [] Periodica	il _____ il _____

(1) Bracciante Agricolo; Potatore; Trattorista; Ecc..

Data, _____

IL MEDICO COMPETENTE
(timbro e firma)