

## MODULO SEGNALAZIONE CONDIZIONI DI SUSCETTIBILITA' RISCHIO RUMORE (ALLEGATO 1R)

In riferimento al RISCHIO RUMORE il sottoscritto:

<b>NOME E COGNOME</b>	
<b>DIPENDENTE DELL'AZIENDA</b>	
<b>DATA DI NASCITA</b>	
<b>ETA'</b>	<input type="checkbox"/> Lavoratore minorenni: Anni ____ <input type="checkbox"/> Lavoratore maggiorenne: Anni ____
<b>MANSIONE E ATTREZZATURE DI ATTUALE UTILIZZO</b>	

### DICHIARA

- 1) di essere :  Fumatore;  Non fumatore;  
di essere:  Lavoratrice in stato di gravidanza;  Post-gravidanza;  Allattamento;
- 2) di soffrire di:  Disturbi del sonno;  Disturbi dell'attenzione ( momenti di calo di attenzione e difficoltà di concentrazione);  Disturbi della fonazione: lesioni e alterazioni degli organi coinvolti nella fonazione;
- 3) di soffrire di:  Patologie croniche quali:  Diabete;  Ipertensione; o  
 Patologie pregresse a carico dell'apparato uditivo;  Patologie cardiovascolari;
- 4) di fare uso dei seguenti medicinali che possono avere effetti ototossici (BARRARE LA CASELLA DI INTERESSE):

	Nome sostanza	Azione	Nome farmaco (Esempi di farmaci comuni)
<input type="checkbox"/>	GENTAMICINA	Antibiotico	Gentalyn
<input type="checkbox"/>	STREPTOMICINA	Antibiotico	
<input type="checkbox"/>	KANAMICINA	Antibiotico	
<input type="checkbox"/>	TOBRAMICINA	Antibiotico	
<input type="checkbox"/>	AMICACINA	Antibiotico	
<input type="checkbox"/>	CINOXACINA	Antibiotico	Cinobac
<input type="checkbox"/>	LEVOXACINA	Antibiotico	Levoxacin, Prixar, Tavanic
<input type="checkbox"/>	ERITROMICINA	Antibiotico	Eritrocina
<input type="checkbox"/>	AZITROMICINA	Antibiotico	Zitromax, Trozocina,
<input type="checkbox"/>	CLARITROMICINA	Antibiotico	Klacid, Macladin, Veclam
<input type="checkbox"/>	AC.ETACRINICO	Diuretico	
<input type="checkbox"/>	FURESEMIDE	Diuretico	Lasix
<input type="checkbox"/>	CISPLATINO	Antineoplastico	
<input type="checkbox"/>	ACIDO ACETILSALICILICO	Antinfiammatorio	Aspirina
<input type="checkbox"/>	MOEXIPRIL CLORIDRATO	Antipertensivi	Femipres, Primoxil
<input type="checkbox"/>	ENALAPRIL MALEATO	Antipertensivi	Enapren, Converten
<input type="checkbox"/>	ZOFENOPRIL	Antipertensivi	Bifril, Zopranol
<input type="checkbox"/>	IBESARTAN	Antipertensivi	Aprovel
<input type="checkbox"/>	LACEDIPINA	Antipertensivi	
<input type="checkbox"/>	AMLODIPINA	Antipertensivi	Norvasc, Antacal
<input type="checkbox"/>	NICARDIPINA CLORIDRATO	Antipertensivi	Perdipina

- 5) di fare uso di:  macchine/attrezzature che espongono a vibrazioni meccaniche;

*"Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo in base all'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e all'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali."*

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_