

**CENTRO DI MEDICINA DEL LAVORO  
SCHEDA RICHIESTA PREVENTIVO GRATUITO**

Da inviare via fax al n. 0382/34971

Denominazione azienda \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tipologia attività \_\_\_\_\_

N. telefono \_\_\_\_\_

N. fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Persona di riferimento \_\_\_\_\_

N. lavoratori in produzione \_\_\_\_\_

(compresi i soci)

N. impiegati \_\_\_\_\_

(compresi i soci)

N. apprendisti maggiorenni \_\_\_\_\_

N. apprendisti minorenni \_\_\_\_\_

N. totale addetti \_\_\_\_\_

Descrizione del \_\_\_\_\_

processo produttivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'azienda ha effettuato la misurazione del rumore negli ambienti di lavoro  SI  NO

L'azienda effettua processi di saldatura  SI  NO

L'azienda utilizza sostanze chimiche  SI  NO

Se si elencare le principali sostanze utilizzate:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'azienda dispone delle schede  SI  NO