

SERVIZIO D'IGIENE PUBBLICA

LIBRETTO D'IDONEITA' SANITARIA N. _____

rilasciato a _____

Via _____

nat _____ a _____

il _____

addett _____ a _____

Data, _____

IL MEDICO DEL SERVIZIO

(timbro e firma)

CERTIFICATO VISITA A:

**PERSONALE ALIMENTARISTA ADDETTO A MANSIONI PER LE QUALI
E' RICHIESTA UNA PARTICOLARE SORVEGLIANZA SANITARIA**

Risultati esame-colloquio _____

Visita del giorno _____

Precedenti anamnestici per quanto riguarda le malattie infettive i cui agenti etiologici siano trasmissibili attraverso gli alimenti o che negli alimenti possono trovare condizioni favorevoli di sviluppo _____

Esame clinico

Eventuali accertamenti diagnostici

Accertamenti diagnostici prescritti

Eventuali osservazioni e rilievi

VISITA DI CONTROLLO SUCCESSIVA

Controllo clinico _____

Accertamenti diagnostici prescritti _____

Vaccinazioni – richiami _____

Osservazioni e rilievi _____

Giudizio di idoneità sanitaria

Invitato a presentarsi per la visita di controllo il _____

Data, _____

IL MEDICO DEL SERVIZIO
