

**RICHIESTA DI VISITA MEDICA
PER COMPONENTI DELL'IMPRESA FAMILIARE, LAVORATORI AUTONOMI, COLTIVATORI DIRETTI, SOCI DELLE
SOCIETÀ SEMPLICI OPERANTI NEL SETTORE AGRICOLO, ARTIGIANI E PICCOLI COMMERCianti**

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di (specificare)

- componente dell'impresa familiare come definita dall'art. 230-bis del Codice civile
- lavoratore autonomo
- coltivatore diretto del fondo
- socio di società semplice operante nel settore agricolo
- artigiano
- piccolo commerciante

residente a _____ prov.(_____) via/piazza _____

n° _____ CAP _____ domiciliato/a a _____ prov.(_____)

via/piazza _____ n° _____ CAP _____ tel. _____

fax. _____ PEC/e-mail _____, che svolge la/e

attività di _____

richiede la visita medica ai sensi dell' art. 21 comma 2 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. In particolare è addetto e/o esposto a:

Rischi	No	si	Specificare
- saldatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- uso di strumenti vibranti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- rumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- guida mezzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tipo patente di guida
- guida macchine di movimentazione terra e merci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- lavoro in altezza (> 2m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- movimentazione manuale carichi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- lavoro notturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- rischio biologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- rischio chimico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	specificare:
- videoterminali (PC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> almeno 20 ore settimanali no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
altro: _____			

Mezzi di protezione personale: _____

N° giorni (della settimana) lavorativi _____ Orario di lavoro _____

Data _____ Timbro e firma _____

Informativa privacy

Ai sensi della normativa vigente, si informa che i dati personali forniti con la presente dichiarazione ed acquisiti nel corso del procedimento per il quale viene presentata la documentazione, saranno trattati dalla ASL Roma 3 quale titolare ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e dei controlli istituzionali. Tali dati potranno essere utilizzati con idonee modalità e procedure anche informatizzate dal personale a ciò incaricato ed, ove necessario, comunicati alle competenti autorità e soggetti pubblici per le finalità previste dalla normativa vigente, nonché ai soggetti legittimati all'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta la mancata esecuzione del procedimento di cui Lei fa richiesta. La persona interessata potrà richiedere l'accesso ai dati personali, la rettifica degli stessi, e, ove previsto, la limitazione o di opporsi al trattamento; ha altresì il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo.

I contatti del titolare del trattamento dei Suoi dati (la ASL Roma 3), del Referente Privacy (il Direttore del Servizio Pre.S.A.L. della ASL Roma 3) e del Responsabile per la protezione dei dati personali della ASL Roma 3 sono reperibili sul sito www.aslromad.it.