

RICHIESTA VISITA PREASSUNTIVA

Il/La sottoscritto/a _____ datore di lavoro dell'impresa
 _____ con sede legale in _____

(prov. _____) via/piazza _____ n° _____

CAP _____ tel. _____ fax _____ PEC/e-mail _____,

_____ invia il/la Sig./ra _____

nato/a _____ (prov. _____) il _____ **affinché venga sottoposto/a a visita**

medica preassuntiva, ai sensi dell' art. 41 comma 2 bis del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.. Il lavoratore verrà adibito alla mansione

di _____ presso la sede lavorativa in via/piazza _____

_____ n° _____ CAP _____ tel. _____ fax _____

PEC/e-mail _____, della suddetta azienda.

In particolare sarà 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 che saranno consegnati al lavoratore: _____

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.