

RICHIESTA DI VALUTAZIONE DA PARTE DEL LAVORATORE

Io sottoscritto _____

N° telefono _____;

Mail _____

Lavoratore presso _____

Con sede a _____

HO LETTO E COMPRESO L'INFORMATIVA PER IL CONTRASTO E IL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS SARS-CoV-2 NEGLI AMBIENTI DI LAVORO, GESTIONE LAVORATORI FRAGILI

Ritengo di essere un lavoratore fragile e dichiaro di aver contattato il mio Medico di Medicina Generale che non ritiene di prescrivermi un periodo di malattia.

Chiedo pertanto di essere sottoposto a visita del medico competente ai sensi all'art. 41 c. 1 lett. c. D.Lgs 81/08, cui sottoporro la documentazione medica

ACQUISITE LE INFORMAZIONI PREVISTE DAL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO EUROPEO AUTORIZZO A NORMA DEGLI ART. 23 E 26 T.U. E DELL'ART. 7 G.D.P.R. AL TRATTAMENTO DEI DATI COMUNI, SENSIBILI E/O PARTICOLARI e dichiaro di aver avuto conoscenza, in particolare che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati particolari, vale a dire dati inerenti allo stato di salute e che sono stati raccolti, durante la visita medica che sarà disposta, in quanto indispensabili per il perseguimento di finalità di tutela della salute e dell'incolumità fisica.

Lugo e Data _____ FIRMA _____