|  |  |
| --- | --- |
|  | Spett.le UOC/UOS Prevenzione e Sicurezza Ambienti di LavoroVia ……………….., ….. – …………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| **OGGETTO:** | giudizio di idoneità al lavoro (art. 5 L. 300/70) |

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………………..

nato/a a ………………………………………………………………….……… il ………………………….

residente in ………………………………………….. via …………………………………………………..

in qualità di …………………………………………………………………………………………………….

dell’azienda ……………………………………………………………………………………………………

sede legale in ……………………………………….. via ……………………………………………..........

codice fiscale ………………………………………… telefono …………………………………………….

indirizzo pec ……………………………………………… e-mail …………………………………………..

**RICHIEDE UN GIUDIZIO DI IDONEITà AL LAVORO per:**

Sig./Sig.ra …………..………………………………………………………………………………………….

residente in ………………………………………….. via …………………………………………………..

telefono ………………………………………… e-mail/pec ….…..……………………………………….

che lavora presso l’unità produttiva sita in …………………………………………………………………

via ………………………..………………………………………… telefono ……………………………….

indirizzo pec ……………………………………………… e-mail …………………………………………..

e dove svolge mansioni di ……………………………………………………………………………………

motivo della richiesta …………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..

Sono a conoscenza che la prestazione da me richiesta è onerosa e il costo pari a € 203,50 (da versare prima della convocazione in commissione) è a mio carico, così come gli eventuali accertamenti sanitari che dovessero risultare necessari.

Resto in attesa di ricevere da parte vostra la comunicazione contenente il dettaglio del versamento e le modalità previste per il pagamento.

Consapevole che in mancanza del pagamento della prestazione, la mia richiesta sarà archiviata, porgo distinti saluti.

Allego alla presente:

- copia dell’eventuale giudizio di idoneità rilasciato dal medico competente

- copia di un documento d’identità del richiedente in corso di validità

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma Titolare/Legale Rappresentante

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE( art. 13.1, lettera b)

Si informa che:

* L’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza garantisce che i dati personali, anche particolari, saranno trattati per finalità istituzionali e consentite dalla Legge, nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell’interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all’identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali e particolari;
* Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico- digitali;
* Il Titolare del Trattamento è l’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede legale: Viale Elvezia, 2 – 20900 Monza tel. 03923841 – Sede territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco tel. 0341482111 – E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.atsbrianza.it);
* l’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it;
* l’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l’ATS e/o consultabile sul sito web dell’ente all'indirizzo: https://www.ats-brianza.it - Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Dati Ulteriori – 2.4.7 Privacy;
* Il Data Protection Officer (Art. 37 Reg. 679/2016/UE) nominato dall’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è la società LTA S.r.l. (Sede: Via della Conciliazione, 10 - Roma - Cap 00193 - P.IVA 14243311009), individuata a seguito dell’espletamento di una procedura di gara; referente per il DPO è il dott. Luigi Recupero, il quale può essere contattato ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it .