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

|  |  |
| --- | --- |
| **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 € 196,42 (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**

Si informa che:

* tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell’Unione Europea;
* il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
* il Titolare del trattamento dei dati personali è l’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 – Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
* 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](mailto:protocollo@ats-brianza.it) – PEC: [protocollo@pec.ats-brianza.it](mailto: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](https://www.ats-brianza.it/it/altri-contenuti/271-altri-contenuti-dati-ulteriori.html#privacy) Agenzia ATS Brianza – Dipartimenti – Dipartimento Igiene Prevenzione Sanitaria – UOC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro – Informativa privacy PSAL;
* il Data Protection Officer (*Art. 37 Reg. 679/2016*) nominato dall’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è il Prof. Avv. Fabio Balducci Romano, con sede legale in Via Savorgnana, 20 – 33100 Udine (UD).