IchnoMed
Medicina del Lavoro

IchnoMed S.r.l. STP
VIA MONTANARU 147 (SU PLANU)
09047 SELARGIUS (CA)
EMAIL **ichnomed@gmail.com**
PEC **ichnomed@pec.it**
TEL. E WHATSAPP 351 4000324
P.IVA 04221760921 SDI KRRH6B9

CONSENSO INFORMATO E INFORMATIVA PRIVACY

DATI PERSONALI (da compilare in stampatello a cura del lavoratore)

COGNOME _____ NOME _____ NATO/A IL _____

A _____ RESIDENTE A _____ INDIRIZZO _____

CODICE FISCALE _____ TELEFONO _____

EMAIL (stampatello) _____

AZIENDA _____ MANSIONE _____

DICHIARO DI ESSERE STATO INFORMATO

Lo scrivente è informato che il Medico Competente della sua Azienda è titolare del trattamento dei dati raccolti durante l'attività di sorveglianza sanitaria. Tutti i dati raccolti sono trattati in conformità a quanto previsto dal Reg. Ue n.2016/679 (GDPR), con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici per i seguenti fini:

- Rilascio di certificato di idoneità alla mansione specifica;
- Sorveglianza sanitaria ed eventualmente ricerca scientifica ed epidemiologica (in questi casi in forma anonima).

Il conferimento dei dati è obbligatorio per quanto richiesto dagli obblighi previsti dalla normativa vigente in materia di sorveglianza sanitaria e pertanto l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può dar luogo all'impossibilità di dare esecuzione a tali obblighi. In aggiunta alle comunicazioni eseguite in adempimento di obblighi di legge e contrattuali, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati in Italia esclusivamente per finalità sopra specificate a:

- ASL, INAIL, ISPESL, Colleghi medici specialisti, Laboratori analisi e Centri Medici Specialistici. Lo scrivente è informato sui suoi diritti, di cui all'art. 7 del Dlgs 196/2003 e s.m.i.

Lo scrivente esprime il suo consenso ed autorizza pertanto il Medico Competente al trattamento dei suoi dati sensibili con le modalità e per le finalità sopra indicate.

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ:

1. Di rispondere fedelmente a tutte le domande poste dal Medico Competente che riguardano il mio stato di salute (fornendo notizie riguardanti: fumo di sigaretta, assunzione di alcolici, droghe, attività fisica, servizio militare, allergie, infortuni sul lavoro, invalidità civile, malattie professionali, ecc.) e in modo particolare riferendo tutte le malattie di cui ho sofferto o sono in cura dalla nascita alla data odierna. M'impegno a comunicare al Medico Competente l'insorgenza di eventuali nuove malattie manifestatesi successivamente alla data della presente visita.
2. Di essere stato informato sul significato e sul risultato dei controlli sanitari cui sono sottoposto (NOTA: la visita medica e gli accertamenti effettuati - per rilasciare il certificato d'idoneità alla mansione specifica - valutano lo stato di salute o di malattia eventualmente presente, che viene comunicata al dipendente; per chiarimenti rivolgersi direttamente al Medico Competente);
3. Di essere stato informato che nel caso di esposizione ad agenti con effetti a lungo temine, sarà necessario effettuare accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa con conseguente comunicazione delle annotazioni individuali contenute nel Registro e nella Cartella Sanitaria dei Rischi: pertanto darò tempestiva comunicazione al Medico Competente di un mio eventuale licenziamento o pensionamento.
4. Di essere stato informato sulla necessità di consegnare al Medico Competente la cartella sanitaria ricevuta dalla precedente Azienda.
5. Di essere stato informato che avverso il giudizio di idoneità è ammesso ricorso all'organo di vigilanza territorialmente competente, ai sensi della normativa vigente, entro il termine di 30 giorni dalla ricezione.
6. Di essere stato informato della necessità di utilizzare correttamente tutti dispositivi di protezione individuale messi a disposizione dal datore di lavoro e di conservarli in buono stato e di effettuare le vaccinazioni eventualmente richieste dal Medico Competente.
7. Acconsento all'invio della documentazione sanitaria tramite email.

Con la presente firma dichiaro di aver preso visione della cartella sanitaria e di rischio, di cui questo modulo costituisce allegato.

Data _____ Firma _____