

MODULO
EMERGENZA COVID-19
SITUAZIONI DI PARTICOLARE FRAGILITÀ E PATOLOGIE ATTUALI O PREGRESSE

Nome e cognome _____

Nato a _____ il _____

Azienda _____ Sede _____

Mansione _____

Indirizzo e-mail: _____ N° di telefono: _____

- Si allega la seguente documentazione del Medico di Medicina Generale e/o di Medico Specialista appartenente al Sistema Sanitario o con esso convenzionati (utile a comprovare la condizione di particolare fragilità):

Il lavoratore dà conferma delle notizie fornite e di essere stato informato che il trattamento dati è finalizzato alla prevenzione del contagio da Covid-19 anche per l'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio e che la durata della conservazione dei dati è fino al termine dello stato di emergenza ed è stato informato che i dati saranno trattati esclusivamente per finalità di prevenzione al contagio ed a sua tutela.

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni previste dalla normativa vigente sulla privacy, acconsente al trattamento dei propri dati personali, necessario per adempiere a specifici obblighi previsti in materia di igiene e prevenzione del lavoro, con finalità esclusivamente connesse alla tutela della salute del lavoratore sul luogo di lavoro, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili"; acconsentendo così anche a che i dati siano trattati in modo anonimo e collettivo a scopo scientifico al fine di una migliore valutazione dei rischi lavorativi.

Il titolare dei dati è il Datore di Lavoro ed il responsabile del trattamento dei dati è il Medico Competente

Firma del dipendente
