

**MODULO PER RICHIESTA SORVEGLIANZA SANITARIA, ACCERTAMENTI
DIAGNOSTICI
E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Al Medico Competente ASL/AOU/IRCCS _____

Al Datore di Lavoro Direttore Generale ASL /AOU /IRCCS _____

Oggetto: Adempimenti disposto normativo in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Richiesta di Sorveglianza Sanitaria ed indagini diagnostiche correlate ai rischi professionali.

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ alla Via
_____ in servizio attualmente presso l'Unità Operativa/Servizio/...
di _____ del Presidio Ospedaliero _____ in qualità
di CPS-Infermiere, ritenendo che le proprie condizioni di salute possano essere causate, o comunque,
modificate dall'attività lavorativa che svolge nonché suscettibili di peggioramento a causa dell'attività
lavorativa svolta, attività assistenziali a favore di pazienti sospetti, probabili o confermati COVID19

chiede

ai sensi del comma 1 comma, lettera b) e comma 2 lettera c) dell'art. 41 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i., di essere sottoposto immediatamente ad indagine diagnostica (tampone orofaringeo per coronavirus) sorveglianza sanitaria.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali".

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto dichiarato sopra corrisponde a verità.

Distinti saluti