

CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO allegato 3A Dlgs 81/08

Cognome del lavoratore:			
Nome del lavoratore:			
Luogo di nascita:		Data di nascita:	
Nazionalità:		Età:	
Codice fiscale:		Sesso:	☐ M ☐ F
Indirizzo mail:		Tel:	
Indirizzo domicilio:			
Nome dell'azienda:			
Attività dell'azienda:			
Indirizzo sede di lavoro:			
Mansione del lavoratore:			
Data di assunzione:			
Motivo della visita:	☐ Prima Visita ☐ Visita Periodica ☐ Altro		

Consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto, acquisite le informazioni sui diritti e sui limiti del Trattamento dei Dati, fornite dal Titolare, ai sensi dell'art. 13 del GDPR Regolamento (UE) 2016/679, concernente la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei propri dati personali, esprime, con la sottoscrizione della presente, il proprio consenso al trattamento dei dati forniti. Autorizza la Società Medicina del Lavoro S.r.l. di Milano al trattamento diretto dei propri dati personali ai fini indicati nella comunicazione ricevuta, tramite propri incaricati o per interposto Titolare autonomo e indipendente o Responsabile interno, alle dipendenze della Società oppure esterno ad essa.

Tali dati verranno gestiti nel rispetto delle prescrizioni del Regolamento (UE) 2016/679.

La Società Medicina del Lavoro S.r.l. utilizzerà i dati forniti unicamente per l'espletamento delle attività relative all'esecuzione del rapporto in essere e regolato da specifico incarico.

In ogni momento, a norma degli art. 16-21 del GDPR, potrò esercitare i miei diritti in qualità di interessato.

Data:

Firma del lavoratore