

**RICHIESTA VISITA PREASSUNTIVA
PER LAVORATORE AGRICOLO STAGIONALE**

Il/La sottoscritto/a _____ datore di lavoro dell'impresa agricola

_____ con sede legale in _____

(prov. _____) via/piazza _____ n° _____

CAP _____ tel. _____ fax _____ PEC/e-mail _____,

_____ invia il/la Sig./ra _____

nato/a _____ (prov. _____) il _____ **affinché venga sottoposto/a a visita**

medica preventiva preassuntiva in qualità di lavoratore agricolo stagionale ai sensi del Decreto Interministeriale del

27/03/2013. Il lavoratore verrà adibito alla mansione di _____

presso la sede lavorativa sita in via/piazza _____ n° _____ CAP _____

tel. _____ fax _____ PEC/e-mail _____,

della suddetta azienda, per un numero di giornate non superiore a cinquanta nell'anno, limitatamente a lavorazioni generiche e semplici non richiedenti specifici requisiti professionali. In particolare sarà addetto e/o esposto a:

Rischi	no	si	Specificare
- saldatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- uso di strumenti vibranti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- rumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- guida mezzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo patente di guida
- guida macchine di movimentazione terra e merci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- lavoro in altezza (> 2m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- movimentazione manuale carichi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- lavoro notturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- rischio biologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- rischio chimico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	specificare:
altro: _____			

Mezzi di protezione personale che saranno consegnati al lavoratore: _____

Data _____ **Timbro e firma del datore di lavoro** _____

Informativa privacy

Ai sensi della normativa vigente, si informa che i dati personali forniti con la presente dichiarazione ed acquisiti nel corso del procedimento per il quale viene presentata la documentazione, saranno trattati dalla ASL Roma 3 quale titolare ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e dei controlli istituzionali. Tali dati potranno essere utilizzati con idonee modalità e procedure anche informatizzate dal personale a ciò incaricato ed, ove necessario, comunicati alle competenti autorità e soggetti pubblici per le finalità previste dalla normativa vigente, nonché ai soggetti legittimati all'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta la mancata esecuzione del procedimento di cui Lei fa richiesta. La persona interessata potrà richiedere l'accesso ai dati personali, la rettifica degli stessi, e, ove previsto, la limitazione o di opporsi al trattamento; ha altresì il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo.

I contatti del titolare del trattamento dei Suoi dati (la ASL Roma 3), del Referente Privacy (il Direttore del Servizio Pre.S.A.L. della ASL Roma 3) e del Responsabile per la protezione dei dati personali della ASL Roma 3 sono reperibili sul sito www.aslromad.it.