RICHIESTA DI VISITA MEDICA PER IDONEITÀ ALLE MANSIONI

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. E. Vittorini

San Pietro Clarenza

Il/La sottoscritto/a_____, nato/a a_____,

il_____, e residente a _____

in via _____ qualifica _____dipendente a

tempo _____ email :_____ tel _____

CHIEDE

di essere sottoposto/a a visita per accertare l'idoneità allo svolgimento delle proprie mansioni:

- ☐ per sopravvenuti problemi di salute relativi allo svolgimento dell'attività lavorativa;
- ☐ Altro specificare : _____

San Pietro Clarenza ,_____ Il/La dipendente

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente al fine della concessione dei permessi richiesti e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.

Il titolare del trattamento dei dati è il Dirigente Scolastico; il/la responsabile del Trattamento è il/la Dirigente Scolastico.

I dati verranno comunicati ad altri soggetti pubblici solo nei casi previsti dalla vigente normativa.

L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dai dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.

San Pietro Clarenza ,_____ Per presa visione, il/la dichiarante, _____