AZIENDA UNITA’ SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Via R. Paolini, 47- 65124 Pescara

Pescara,

UOC Dinamiche del Personale

SEDE

**OGGETTO: Richiesta di accertamento di inabilità permanente e assoluta ad ogni proficuo lavoro ex art. 13 L. 274/91.**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

natoa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dipendente di codesta Azienda USL profilo prof.le

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede** visita medico collegiale per l’accertamento dell’inabilità permanente ed assoluta a svolgere ogni proficuo lavoro ex art. 13 L. 274/91

Si allega: 1) documentazione medica; 2) dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**CONSENSO A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI PROPRI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Art. 81 Decreto Lgs. 196/2003

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dopo essere stato informato dei propri diritti (artt. 7,8,9,10 del D.Lgs.196/2003) nei confronti dei dati personali sensibili;

dopo aver preso visione dell’informativa ex art. 13 D. Lgs 196/2003 e quindi consapevole che:

1. I dati personali sensibili saranno utilizzati (nel rispetto della vigente normativa e tenuto conto degli obiettivi di riservatezza) esclusivamente per finalità inerenti la procedura in oggetto;
2. Il conferimento dei dati sensibili deve intendersi quale mera facoltà e non obbligo;
3. In mancanza di conferimento dei dati sopra indicati le prestazioni di cui al punto a) non potranno essere espletate;
4. Qualora venisse autorizzato il trattamento dei dati sensibili, nei limiti e per le finalità di cui al punto a) che precede, questi potranno essere portati a conoscenza anche di soggetti pubblici e/o privati (in aggiunta dei soggetti nominati dell’ Azienda USL responsabili o incaricati al trattamento dei dati personali) che per conto dell’Azierda svolgono attività di supporto istituzionali;
5. I trattamenti saranno effettuati in modalità cartacea, informatizzata e mista;
6. I profili inerenti l’applicazione delle misure di sicurezza sono esplicitati nel DPS (Documento Programmatico della Sicurezza) di cui può essere presa visione presso l’Ufficio Privacy aziendale.

**CONSENTE**

che tali dati saranno trattati per i dovuti adempimenti relativi alla procedura di riconoscimento dell’inabilità permanente ed assoluta ad ogni proficuo lavoro ex art. 13 L. 274/91.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Allegato copia del documento di riconoscimento