

**MODULO DI RICHIESTA VISITA MEDICA  
PER ACCERTAMENTO IDONEITA'  
ALLO SVOLGIMENTO DELLE MANSIONI DI ISTITUTO**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cod. ana \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Con recapito in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Data assunzione \_\_\_\_\_

Profilo professionale \_\_\_\_\_

In servizio presso il Settore \_\_\_\_\_

Ufficio \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. Ufficio \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere sottoposto/a ad accertamenti medici per il riconoscimento dell' **IDONEITA' ALLO SVOLGIMENTO DELLE MANSIONI DI ISTITUTO.**

Allegati:

Certificazione medica (da allegare obbligatoriamente e in busta chiusa)

.....

Milano, \_\_\_\_\_ (firma)

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo; 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 Comune di Milano; il responsabile è il Direttore del Settore Risorse Umane, ed incaricati del trattamento sono l'Uff. Personale del Settore ..... e l'Uff. Medico Fiscale del Settore Risorse Umane.  
Ai sensi del d.lgs. n. 626/94 e della l. n. 300/70, i dati verranno comunicati all'ospedale "San Raffaele" o al CEMOC (I.C.P.).  
L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, trasformazione in forma anonima o il blocco dei 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.

Richieste visita/Modulo richiesta visita idoneità mansioni di istituto

(Spazio riservato all'Ufficio Personale del Settore di appartenenza)

Soggetto ad obbligo di sorveglianza sanitaria obbligatoria ex D. Lgs. 626/94

SI	NO
----	----

- DATA DI PROSSIMA VISITA PERIODICA: \_\_\_\_\_

Milano, \_\_\_\_\_ (firma del responsabile)