CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER LO STUDIO DI MEDICINA DEL LAVORO

DOTT. ANTONIO FALDUTO (*)

Il sottoscritto .....nato a.....il.....

residente in.....(.....) Via.....cap.....

dichiara di essere stato esaustivamente e chiaramente informato su:

1) le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività svolte dal medico a tutela della salute;

2) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (laboratorio analisi, medici specialisti, Enti pubblici quali Inail, Spisal, ecc.) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;

3) il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione e/o la limitazione nell' utilizzo degli stessi;

4) il nome del medico titolare del trattamento dei dati personali ed i suoi dati di contatto;

5) la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere il Giudizio di Idoneità alla mansione specifica.

6) Il sottoscritto esprime quindi il libero e consapevole consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente al fine del rilascio del Giudizio di Idoneità alla mansione specifica al Medico Competente Dr. Antonio Falduto, Titolare del trattamento dei dati medesimi.

Data ..... Firma dell'interessato

(*)Da restituire debitamente compilato e firmato al Medico Competente