

**MODULO**  
**EMERGENZA COVID-19**  
**SITUAZIONI DI PARTICOLARE FRAGILITÀ E PATOLOGIE ATTUALI O PREGRESSE**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

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

Azienda \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_

Mansione \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_ N° di telefono: \_\_\_\_\_

- Si allega la seguente documentazione del Medico di Medicina Generale e/o di Medico Specialista appartenente al Sistema Sanitario o con esso convenzionati (utile a comprovare la condizione di particolare fragilità):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Il lavoratore dà conferma delle notizie fornite e di essere stato informato che il trattamento dati è finalizzato alla prevenzione del contagio da Covid-19 anche per l'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio e che la durata della conservazione dei dati è fino al termine dello stato di emergenza ed è stato informato che i dati saranno trattati esclusivamente per finalità di prevenzione al contagio ed a sua tutela. Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni previste dalla normativa vigente sulla privacy, acconsente al trattamento dei propri dati personali, necessario per adempiere a specifici obblighi previsti in materia di igiene e prevenzione del lavoro, con finalità esclusivamente connesse alla tutela della salute del lavoratore sul luogo di lavoro, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili"; acconsentendo così anche a che i dati siano trattati in modo anonimo e collettivo a scopo scientifico al fine di una migliore valutazione dei rischi lavorativi.*

*Il titolare dei dati è il Datore di Lavoro ed il responsabile del trattamento dei dati è il Medico Competente*

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_