

DENUNCIA SOSPETTA MALATTIA PROFESSIONALE
ARTT. 365 C.P. – 334 C.P.P. – 139 D.P.R. 1124/65Spett.le ASL Cn1
Servizio Prevenzione e Sicurezza
degli Ambienti di Lavoro

Si comunica che il/la Sig. _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

n. _____ telefono _____ / _____ dipendente della ditta _____

con sede a _____ in Via _____

n. _____ con la mansione di _____ dal _____, a seguito di
accertamenti sanitari, è risultato affetto da _____

_____ di sospetta/certa (*) origine professionale.

Si informa altresì che il giudizio di idoneità alla mansione lavorativa specifica, formulato in data _____
è il seguente:

Le indagini ambientali effettuate ai sensi del D.Lgv 81/08 e s.m.i. dall'azienda presso cui è attualmente
in forza il lavoratore, hanno evidenziato la seguente tipologia di rischio relativamente alla/e mansione/i
ricoperta/e dal lavoratore:

(*) = Cancellare la voce che non interessa.

L'anamnesi professionale del lavoratore è la seguente:

Periodo (dal – al)	Azienda / settore produttivo	Mansione	Rischi lavorativi (solo per le ipoacusie professionali, indicare anche il LEP day o week).

Note:

Osservazioni sul caso ed eventuali notizie utili a ricostruirne l'eziologia:

- Periodo di insorgenza dei sintomi relativi alla patologia in oggetto:

Alla presente si allega copia della documentazione sanitaria relativa alla suddetta malattia:

1. _____ ;
2. _____ ;
3. _____ ;
4. _____ ;
5. _____ ;
6. _____ ;
7. _____ .

La presente assolve all'obbligo di referto ai sensi dell'art. 365 C.P.

INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679:

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1 titolare del trattamento, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. - Via Carlo Boggio n. 12 - 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslc1.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Il Medico

data _____ timbro e firma (per esteso) _____

SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità nr. _____

Data _____ Il dipendente addetto _____

INFORMAZIONI

A COSA SERVE IL MODULO

Ai sensi degli artt. 365 del C.P. e 334 del C.P.P, e dell'art. 139 del D.P.R. 1124/65, il medico ha il dovere di segnalare/comunicare alle autorità competenti una malattia di sospetta origine professionale, affinché possa essere avviato un accertamento in merito.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

Il medico (es. medico di base, medico competente, medico specialistico)

MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL

Il modulo può essere:

- a) consegnato e firmato direttamente presso una delle segreterie Spresal dislocate sul territorio, negli orari di apertura al pubblico; il sottoscrittore verrà identificato previa esibizione di un documento di identità;*
- b) spedito per posta ordinaria o raccomandata, con allegata fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente;*
- c) trasmesso da P.E.C. all'indirizzo P.E.C.: dip.prevenzione.aslcn1@legalmail.it con allegata fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente oppure firmato digitalmente dal richiedente.*

MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA

La pratica viene presa in carico dal personale sanitario per gli accertamenti di competenza.

RIFERIMENTI

Ufficio: S.C. SPRESAL

Tel.: 0175/215615

E-mail:spresal@aslcn1.it