

**Alla U.O.C. P.S.A.L. – Prevenzione e Sicurezza
Ambienti di Lavoro - ASL di Rieti
Via del Terminillo, 42
02100 Rieti.**

Oggetto: Richiesta vaccinazione antitetanica (Legge n° 292 del 5/3/1963-Legge n° 419 del 20/3/1968).

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a

a _____ il _____

In qualità di Datore di Lavoro/Delegato Datore di Lavoro _____ della

Ditta _____

Sita in _____

Chiede l'effettuazione della vaccinazione antitetanica per i sotto elencati dipendenti, come da
richiesta allegata del Medico Competente:

Rieti, _____

Timbro e Firma Datore Lavoro/Delegato DL

.....

Trattamento dei dati personali

Il/La sottoscritt..... nat ... a il
..... e residente in Via
..... n° tel.

Ai sensi del Regolamento 2016/679/UE, dichiara di essere consapevole che i suoi dati personali, acquisiti tramite il presente modulo, saranno trattati dalla ASL di Rieti, titolare del trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici e cartacei per finalità riguardanti l'esecuzione degli obblighi derivanti dalla sottoscrizione della presente richiesta e per finalità statistiche e non saranno diffusi o comunicati a terzi. I dati saranno conservati sino al completamento delle attività connesse alla prestazione richiesta incluse quelle amministrative. In qualsiasi momento, con una comunicazione trasmessa alla Asl Rieti – Via del Terminillo 42, 02100 Rieti anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati raggiungibile all'indirizzo : dpo@asl.rieti.it potrà esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento fra i quali quello di accedere ai dati, chiederne la rettifica o la cancellazione nei casi previsti per legge. Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato in riferimento a quanto indicato nella presente informativa avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

HO LETTO E COMPRESO L'INFORMATIVA CHE PRECEDE

Data

Firma

Allega:

-copia Documento di riconoscimento

-Richiesta Medico Competente