|  |
| --- |
| **DATI DELL’IMPRESA**  |
| Ragione Sociale |       |
| Indirizzo |       | N° civ |       |
| Città |       | Provincia |       | CAP |       |
| Telefono |       | Fax |       |
| Email |       |
| P.Iva |       | Codice Fiscale |       |
| Referente |       | Medico |       |

|  |
| --- |
| **OGGETTO RICHIESTA / COMUNICAZIONE**  |
| [ ]  | Visita medica di assunzione | [ ]  | Cambio Mansioni a partire da: | G:    | M:     | A:    |
|  |  | Data |     |     |     | Ore |     |     |  | [ ]  | Cessazione Rapp. Lavoro dal: | G:    | M:     | A:     |
|  | Compilazione riservata alla Scuola Edile di Bergamo |  | [ ]  | Visita medica richiesta dal lavoratore |
| [ ]  | Visita Medica dopo assenza >60gg per motivi di salute | [ ]  | Altro |       |

|  |
| --- |
| **DATI DEL LAVORATORE** |
| Cognome |       | C.F. |       |
| Nome |       | Nato a |       | il |       |
| Cittadinanza |       | Sesso | [ ]  M | [ ]  F |
| Indirizzo |       | N° civ |       |
| Città |       | Provincia |       | CAP |       |
| Telefono |       | Cellulare |       |
| Email |       |
| Mansione |       | Nuova Mansione(in caso di cambio mansione) |       |
| Addetto a mansioni soggette a controllo stupefacenti | [ ]  | Conduce veicoli con patente C,D,E | [ ]  | Conduce Macchine Movimento Terra |
| [ ]  | Conduce veicoli movimento merci pat. B | [ ]  | Gruista |
| [ ]  | Altro |       |

Inviare la scheda, compilata in ogni sua parte, via fax al **035 301615** o via mail a **valentina.manzoni@scuolaedilebg.it**

I dati per la fatturazione sono indicate nell'intestazione

|  |  |
| --- | --- |
| In riferimento alla normativa sulla privacy (legge 196/03) | **[ ]  AUTORIZZA** Scuola Edile di Bergamo al trattamento dei dati |
| **[ ]  NON AUTORIZZA\*** Scuola Edile di Bergamo al trattamento dei dati |

(\*)Ai sensi della legge 196/03, la mancata autorizzazione al trattamento dei dati comporta
per Scuola l’impossibilità di erogare il servizio oggetto della presente richiesta.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** |  |  |  | **Timbro e firma Impresa** |
|  |  |  |  |  |

**COMUNICAZIONE DI ANNULLAMENTO DELLA PRENOTAZIONE**

Da inviare **entro due giorni lavorativi dalla data dell’accertamento** (pena l’addebito del costo delle prestazioni prenotate) al
fax 035 301615 o all’indirizzo mail **valentina.manzoni@scuolaedilebg.it**.

Con la presente la sottoscritta impresa comunica l’annullamento della visita medica d’assunzione

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** |  |  |  | **Timbro e firma Impresa** |
|  |  |  |  |  |