|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
|  |  |  |  |  |