|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SEGRETERIA SORVEGLIANZA SANITARIA** | | | |
| Allegato: comunicazione cessazione rapporto di lavoro ricevuta il       Protocollo | | | |
| Impresa |  | Lavoratore |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RISERVATO AL MEDICO COMPETENTE** | | | | | |
|  | *Il lavoratore suindicato* ***DEVE SOTTOPORSI A VISITA MEDICA*** *di cessazione del rapporto di lavoro ai sensi della normativa vigente.* ***È CURA DELL’IMPRESA AVVISARE IL LAVORATORE.*** | ***Data Visita*** |  | ***Ore*** |  |
| **c/o Ambulatori Scuola Edile di Bergamo**  **Seriate via A. Locatelli n.15** | | | |
|  | Il lavoratore suindicato **NON DEVE SOTTOPORSI ALLA VISITA MEDICA** di cessazione del rapporto di lavoro.  Lo stesso potrà richiedere copia della sua cartella sanitaria **CONTATTANDO PREVENTIVAMENTE LA SEGRETERIA** sorveglianza sanitaria della Scuola Edile di Bergamo al numero tel. 035 297671. | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  | Il Medico Competente |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RISERVATO ALLA SCUOLA EDILE DI BERGAMO (DA RITRASMETTERE ALL'IMPRESA DOPO LA CHIUSURA DELLA PRATICA)** | |
| Si attesta che il lavoratore su indicato: | |
|  | **SI È REGOLARMENTE PRESENTATO** alla visita medica di cessazione del rapporto di lavoro. |
|  | Gli è stata consegnata copia della sua cartella sanitaria in data |
|  | **NON SI È PRESENTATO ALLA VISITA MEDICA** di cessazione del rapporto di lavoro.  La sua cartella sanitaria è custodita presso i nostri archivi e potrà ritirarne copia **CONTATTANDO PREVENTIVAMENTE LA SEGRETERIA** sorveglianza sanitaria Scuola Edile di Bergamo al numero tel. 035 297671. |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |  |  | Per ricevuta: il lavoratore |
|  |  |  |  |  |