

	SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	Codice procedimento: 1/SPP
		Termine per provvedere: 30 gg dalla richiesta
		Codice titolare: I.5.07
		Telefono 0173 316294

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>
 Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 SPP

DICHIARAZIONE

*nell'ambito degli obblighi di informazione sui rischi per la salute e la sicurezza
 connessi all'attività lavorativa di cui all'art 36 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.*

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____

presente nell'A.S.L. CN2 di Alba-Bra in qualità di (barrare la casella corrispondente):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Borsista | <input type="checkbox"/> Medico di continuità assistenziale |
| <input type="checkbox"/> Co.Co.Co / Co.Co.Pro. | <input type="checkbox"/> Medico specialista ambulatoriale |
| <input type="checkbox"/> Dipendente aziendale | <input type="checkbox"/> Specializzando/a |
| <input type="checkbox"/> Laureando/a | <input type="checkbox"/> Stagista scuola superiore |
| <input type="checkbox"/> Lavoratore Socialmente Utile | <input type="checkbox"/> Tirocinante |
| <input type="checkbox"/> Lavoratore somministrato | <input type="checkbox"/> Altro: _____ |

presso la Struttura/Servizio _____

Sede di _____

DICHIARA

- di avere **visionato** tramite accesso all'indirizzo web:
<http://www.aslcn2.it/categorie-modulistica/servizio-di-prevenzione-e-protezione/>
 la seguente documentazione in formato elettronico:
 - **Opuscolo informativo D.Lgs. 81-2008 e s.m.i.**
 - **A-B-C delle emergenze**
- di avere **visionato il piano d'emergenza e d'evacuazione** relativo alla struttura in cui svolge la propria attività, reperibile all'indirizzo web:
<http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/servizio-di-prevenzione-e-protezione/piani-di-emergenza-ed-evacuazione/>

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza del **divieto di fumo** esistente nell'A.S.L. CN2 di Alba-Bra
- di essere a conoscenza del **divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche**, di cui all'art. 15, Legge 125/2001 e s.m.i., relativo alle attività lavorative individuate nell'Allegato 1 del Provvedimento del 16/03/2006
- di **agire nel rispetto della privacy**, in ottemperanza a quanto disposto dal D.Lgs. 196/2003 e dal Regolamento UE 2016/679 e di **mantenere il segreto professionale** sui dati personali e sensibili di cui verrà a conoscenza
- (**Dichiarazione di consenso**) di autorizzare e acconsentire che i dati indicati nella presente richiesta possano essere utilizzati e conservati agli atti per i fini istituzionali propri dell'A.S.L. CN2, ai sensi del D.Lgs. 196/03 e s.m.i. e del Regolamento UE 2016/679

Data _____ Firma (per esteso) _____

*La presente dichiarazione deve essere restituita, debitamente compilata e firmata, a:
 S.S. Servizio di Prevenzione e Protezione - via Vida, 10 – 12051 Alba (CN)
 Tel. 0173 316294 – Fax 0173 316262 – email: prevenzione.alba@aslcn2.it*