

**MODULO PER LA SEGNALAZIONE DI SITUAZIONI DI RISCHIO E/O PRESUNTE
INADEMPIENZE IN MATERIA DI IGIENE E SICUREZZA SUL LAVORO**

Azienda Sanitaria Locale n. 5 "Spezzino"
Dipartimento di Prevenzione
Struttura Complessa
Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di
Lavoro
Corso Nazionale 332
19125 - La Spezia
PEC: psal.medcomp@pec.asl5.liguria.it

Nominativo _____

recapito telefonico _____

residente in _____

indirizzo di posta elettronica _____

in qualità di ⁽¹⁾ _____

⁽¹⁾ Lavoratore, Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS), Rappresentante sindacale, Addetto al Servizio di Prevenzione (ASPP), Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), Coordinatore per la progettazione/esecuzione ecc

Il fatto denunciato è relativo a problemi di salute e sicurezza dei lavoratori?

- NO
- SI

Nominativo Impresa/Azienda _____

Indirizzo del luogo oggetto della segnalazione _____

Descrizione circostanziata con l'indicazione esatta del luogo e dei problemi evidenziati: _____

Relativamente al problema lamentato è stato informato chi si occupa di sicurezza in Ditta (DL, RSPP, RLS)?

- NO
- SI (con esiti nulli o parziali)

Data

FIRMA

In riferimento al D.Lgs. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) il sottoscritto autorizza la S.C. PSAL al trattamento dei dati relativamente alle operazioni necessarie alla gestione della segnalazione/esposto comprese le eventuali comunicazioni relative agli esiti della segnalazione. Non è previsto nessun ulteriore trattamento dei dati personali, salvo che a fini di giustizia (obbligo di rapporto alla Autorità Giudiziaria). Si precisa che i dati potranno essere a conoscenza e utilizzati dal solo personale incaricato del trattamento dati, che saranno trattati come da informativa, nel rispetto della normativa e garantendole i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003.

Si fa presente che comunque chi effettua la segnalazione non può venire a conoscenza (nel rispetto della privacy) di informazioni relative allo stato di salute di terzi, se non espressamente autorizzati per iscritto.

DATA _____

FIRMA