

17. ALLEGATO

**DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DEI PRINCIPALI RISCHI PRESENTI
NELL'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE**

Il/la sottoscritto/a:

NOME E COGNOME	
Attività professionale:	
Indirizzo:	
Città:	
telefono	
E-mail:	

DICHIARA

<p>che ha preso visione dei principali rischi esistenti nell'ambiente di lavoro dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste che frequenterà in qualità di e delle misure di prevenzione ed emergenza da adottare;</p>
<p>di essere a conoscenza dei pericoli che possono derivare dalla manomissione delle misure di sicurezza adottate e dall'operare all'esterno delle aree di cui sopra;</p>
<p>di rispettare le disposizioni legislative vigenti e le norme regolamentari in vigore presso l' Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste azienda in materia di sicurezza e salute sul luogo di lavoro e di tutela dell'ambiente e inerenti le attività previste</p>

Data.....Firma.....

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196)

Si informa che i dati personali acquisiti dall'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste saranno utilizzati esclusivamente per il compimento delle attività previste dalla legge e per il raggiungimento delle finalità istituzionali. Il responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente/Responsabile della Struttura . È garantito agli interessati l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03.

I frequentatori, studenti, volontari sono tenuti a non rilasciare dati sensibili o informazioni sui pazienti di cui siano venuti a conoscenza durante l'attività espletata in ASUITs