**MODELLO DI SEGNALAZIONE/ESPOSTO**

**A TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA DEI LAVORATORI**

Alla ASL ………

 Dipartimento di Prevenzione

Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

 Mail…………….

Indirizzo pec………………….

Il/La sottoscritto/a nato/a a

(prov. ) residente a (prov. ) via/piazza n° CAP

tel./cell. PEC/e-mail

Tipologia attività per cui si invia l’esposto/segnalazione (barrare la voce che interessa):

* Azienda/Ditta (precisare nominativo)
* Cantiere
* Indirizzo dell’attività per cui si invia l’esposto/segnalazione:

Città (prov. ) via/piazza

n°

* Descrizione circostanziata delle criticità rilevate in materia di salute e/o sicurezza sul lavoro:

**Si allega il proprio documento di riconoscimento**: tipo

n° rilasciato da

il scadenza

# Si allega la seguente eventuale documentazione:

**Data Firma**

**Nota da leggere attentamente da parte del soggetto che invia la richiesta**

1. La scheda, debitamente compilata **può** essere inviata attraverso una delle modalità sotto elencate:
* Pec all’indirizzo………………………….
* Mail all’indirizzo……………………….
* Raccomandata A.R. all’indirizzo……………………………..
* Consegnata a mano c/o…………………………………………….
1. Si precisa la scheda di segnalazioni/esposti deve essere compilata in ogni sua parte. La mancanza anche di una delle informazioni in essa contenute potrebbe determinare la improcedibilità della richiesta.
2. Informativa privacy

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. Codice Privacy, si informa che i dati personali forniti con la presente dichiarazione ed acquisiti nel corso del procedimento per il quale viene presentata la documentazione, saranno trattati dalla ASL ……………. quale titolare ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e dei controlli istituzionali.

Tali dati potranno essere utilizzati con idonee modalità e procedure anche informatizzate dal personale a ciò incaricato e, ove necessario, comunicati alle competenti autorità e soggetti pubblici per le finalità previste dalla normativa vigente, nonché ai soggetti legittimati all’esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi.

1. La persona interessata potrà richiedere di accedere ai dati che la riguardano ed eventualmente rettificarli e cancellarli (art. 7 D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.), rivolgendosi al Direttore del Servizio Pre.S.A.L. quale responsabile del trattamento presso la ASL ………………………, ai recapiti reperibili sul sito [……………………………………..](http://www.aslroma1.it/)
2. Gli esposti/segnalazioni devono obbligatoriamente riportare le informazioni contenute nel presente modello e copia del documento di identità