

## Invio per prestazione presso l'Igiene Pubblica e richiesta di fatturazione

L'Azienda/ditta

con sede legale in

partita I.V.A. | | | | | | | | | | | | | | | |

posta elettronica certificata (*obbligatorio*)

indirizzo per la fatturazione (*se diverso dalla sede legale*)

Via/S.da/P.za | Prov. | CAP

### RICHIEDE

- ▶ la fatturazione, a proprio carico, degli eventuali costi dovuti relativamente alla/alle prestazione/i per il proprio lavoratore di seguito indicato:

Sig./Sig.ra (*cognome*) | (*nome*)

nato/a il | a | Prov.

Stato di nascita | codice fiscale

residente a | Prov. | CAP

Sede di Lavoro

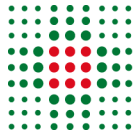
Mansione

conseguente alla prescrizione del medico competente aziendale.

### ALLEGA

- ▶ documentazione del medico competente aziendale relativo all'indicazione della profilassi e/o della richiesta di consulenza per viaggio all'estero (nel caso l'azienda non disponga di moduli predisposti il medico può utilizzare l'allegato 1 del presente modulo).

data | **firma e timbro** dell'azienda/datore (*per esteso e leggibile*)



## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA D.LGS. 196/2003, ART.13

I dati da lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta/pratica e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati, per il tempo necessario, con adeguate misure di sicurezza; non sono comunicati a terzi tranne quando previsto da norme di legge o di regolamento.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti previsti dall'art. 7 dello stesso decreto legislativo e più in particolare: accedere ai suoi dati, chiedere che vengano aggiornati, corretti, integrati; può opporsi al trattamento dei dati per motivi legittimi, chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima e il blocco se trattati in violazione di legge.

Per l'esercizio di tali diritti lei può rivolgersi al servizio che ha ricevuto la sua richiesta/pratica dove le verrà indicato il nominativo del responsabile del trattamento dei dati.

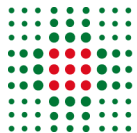
Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda USL di Modena.

## INFORMAZIONI IMPORTANTI

### **Come chiedere la fatturazione**

La presente richiesta, una volta compilata da parte dell'operatore amministrativo o responsabile del personale o del direttore dell'azienda deve essere consegnata al lavoratore che la presenterà all'operatore del Servizio Igiene Pubblica.

L'allegato 1 alla presente istanza deve essere compilato separatamente dal medico competente dell'azienda e consegnato direttamente al lavoratore.



## Allegato 1: Invio per prestazione presso l'Igiene Pubblica (a cura del medico competente aziendale)

Io sottoscritto/a Dr./Dr.ssa (nome) \_\_\_\_\_ | (cognome) \_\_\_\_\_

Medico competente incarico dall'Azienda \_\_\_\_\_

Con sede legale in \_\_\_\_\_ | Prov. \_\_\_\_\_ | CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ | n. \_\_\_\_\_

### RICHIEDO

Per il/la lavoratore/lavoratrice

Sig./Sig.ra (cognome) \_\_\_\_\_ | (nome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ | a \_\_\_\_\_ | Prov. \_\_\_\_\_

Stato di nascita \_\_\_\_\_ | codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ | Prov. \_\_\_\_\_ | CAP \_\_\_\_\_

Sede di Lavoro \_\_\_\_\_

Mansione \_\_\_\_\_

*barrare UNA casella*

**la/le seguente/i vaccinazione/i**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**consulenza per viaggio all'estero per motivi di lavoro con le seguenti destinazioni e caratteristiche del viaggio**

\_\_\_\_\_ | Permanenza per giorni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ | Permanenza per giorni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ | Permanenza per giorni: \_\_\_\_\_

Il lavoratore soggiorerà in zona:

Urbana     Rurale/foresta     Marittima Costiera     con altitudine maggiore di 1.500mt

Il lavoratore soggiorerà in zona:

Hotel     Casa privata     tenda/itinerante     sedi umanitarie

**Rilascio del certificato di avvenuta consulenza**

data \_\_\_\_\_ | firma e timbro del MC (per esteso e leggibile) \_\_\_\_\_

## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA D.LGS. 196/2003, ART.13

I dati da lei forniti sono utilizzati, nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per l'istruttoria della sua richiesta/pratica e solo dagli operatori degli uffici competenti a ciò autorizzati. I dati sono trattati in forma cartacea e/o informatizzata e conservati, per il tempo necessario, con adeguate misure di sicurezza; non sono comunicati a terzi tranne quando previsto da norme di legge o di regolamento.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti previsti dall'art. 7 dello stesso decreto legislativo e più in particolare: accedere ai suoi dati, chiedere che vengano aggiornati, corretti, integrati; può opporsi al trattamento dei dati per motivi legittimi, chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima e il blocco se trattati in violazione di legge.

Per l'esercizio di tali diritti lei può rivolgersi al servizio che ha ricevuto la sua richiesta/pratica dove le verrà indicato il nominativo del responsabile del trattamento dei dati.

Il titolare del trattamento dei dati è l'Azienda USL di Modena.

## INFORMAZIONI IMPORTANTI

Il presente allegato 1, pur essendo parte integrante del modulo di richiesta di fatturazione, deve essere compilato in separata sede e consegnato direttamente al lavoratore.

Il lavoratore può prenotare

- la **seduta vaccinale** con le seguenti modalità
  1. tramite sportelli CUP (per l'elenco si rimanda alla pagina web <http://www.ausl.mo.it/flex/FixedPages/IT/CartaDeiServizi.php/L/IT/TIPO/110> )
  2. tramite le farmacie CUP della provincia di Modena (per l'elenco si rimanda alla pagine web <http://www.ausl.mo.it/flex/FixedPages/IT/CartaDeiServizi.php/L/IT/TIPO/132> )
  3. telefonando al servizio **Tel&prenota n. 848.800.640** da telefono fisso, (al costo di una chiamata urbana) o al numero **+39.059.2025050** da telefono cellulare (i costi variano a seconda del gestore), dal lunedì al venerdì, dalle 8.00 alle 19.00, il sabato dalle 8.00 alle 13.00. Presso il *call center* è possibile disdire o spostare un appuntamento; la disdetta telefonica automatica è attiva 24 ore su 24.

Ulteriori informazioni sono reperibili al sito [www.asul.mo.it/vaccinazioni](http://www.asul.mo.it/vaccinazioni)

- la **consulenza viaggi** telefonando direttamente agli ambulatori del Servizio Igiene Pubblica: nelle giornate e orari e ai numeri visionabili al sito: [www.asul.mo.it/viaggi](http://www.asul.mo.it/viaggi)