

## MODULO DI RICHIESTA DEI DUP MONOPERATORI PER VISITA MEDICA in base a quanto previsto dall'accordo del 25/3/2010

**RU Filiale di.....**  
**A mezzo fax n. ....**  
(da compilare a cura RU Filiale appartenenza)

Data .....

Io sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il (gg/mm/aa) .....

Codice fiscale  Matricola .....

Filiale di appartenenza .....

DUP monoperatore presso l'ufficio di .....

con sede (ufficio) via.....(Prov.....)

Telefono ufficio .....

Indirizzo e-mail .....

Chiedo di essere sottoposto a visita medica ai sensi di quanto previsto dall'accordo sindacale del 25 marzo 2010.

FIRMA DEL DIPENDENTE

.....

Il presente modulo di adesione dovrà essere inviato **entro il 31 maggio 2010** alla funzione RU di Filiale di appartenenza

### Informativa sull'uso dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03

Poste Italiane S.p.A, con sede in Roma, Viale Europa, 190, Titolare del trattamento. Opererà nel pieno rispetto delle disposizioni dettate dal D. Lgs 196/03, Codice in materia di trattamento dei dati personali. Il trattamento dei Suoi dati personali viene effettuato esclusivamente per le finalità legate all'iniziativa. Il conferimento dei Suoi dati personali è necessario allo scopo di consentire l'adesione, l'eventuale rifiuto avrà come conseguenza l'impossibilità di dare esecuzione alla Sua richiesta di partecipazione. Il trattamento dei Suoi dati personali viene attuato mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei Suoi dati, i quali saranno conservati per gli scopi sopra indicati per il tempo strettamente necessario. Per esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/03 è possibile rivolgersi al Responsabile del trattamento dei dati personali

FIRMA DEL DIPENDENTE

.....

