

ANLAGE A

EINWILLIGUNG / GENEHMIGUNG ZUR ÄRZTLICHEN UNTERSUCHUNG

a) Der Unterzeichnete (Name und Nachname)

geboren in am und wohnhaft in

Straße Tel.

Ausweisdokument Nr. wovon eine Kopie beigelegt wird,

b) Die Unterzeichnete (Name und Nachname)

geboren in am und wohnhaft in

Straße Tel.

Ausweisdokument Nr. wovon eine Kopie beigelegt wird,

in der Eigenschaft als: ☐ **Eltern** / ☐ **alleinerziehender Elternteil (*)** / ☐ **gesetzlicher Vormund des Minderjährigen:**

(Name und Nachname):

geboren in am

WILLIGEN EIN / GENEHMIGEN

dass der/die Minderjährige gemäß der erhaltenen Einladung in der Bezirksambulanz der Arbeitsmedizin – Klinischer Bereich – des Südtiroler Sanitätsbetriebes einer arbeitsmedizinischen Untersuchung im Rahmen der Gesundheitsüberwachung (gemäß GvD 81/2008 in geltender Fassung) durch den beauftragten Arbeitsmediziner unterzogen wird, mit dem Ziel der Ausstellung der Eignungsbeurteilung für die spezifische Tätigkeit.

Ort Datum

Unterschrift der/des: ☐ Eltern / ☐ alleinerziehender Elternteil (*) / ☐ gesetzlicher Vormund

(*) anzukreuzen im Falle von: 1) einzigem gesetzlichen Vertreter des Minderjährigen; 2) Unmöglichkeit der Einwilligung durch den anderen Elternteil, der informiert wurde und sein Einverständnis erklärt.

– Die Genehmigung muss von einem Original oder einer Kopie des Ausweisdokuments der Einwilligenden begleitet sein.

– Die Daten werden ausschließlich für den Zweck dieser Genehmigung verarbeitet und gemäß den Bestimmungen des G.v.D. Nr. 196/2003 in geltender Fassung.

ALLEGATO A

CONSENSO/AUTORIZZAZIONE ALLA VISITA MEDICA

a) il sottoscritto (nome e cognome)
nato a..... il __/__/____ e residente in..... via
.....

Tel documento di identità n° di cui allega copia,

b) la sottoscritta (nome e cognome)
nata a..... il __/__/____ e residente in..... alla via
.....

Tel documento di identità n° di cui allega copia,

in qualità di ☐ **genitori** / ☐ **genitore unico (*)** / ☐ **tutore legale del minore :**

(nome e cognome): nato/a a
..... il __/__/____

ACCONSENTONO/AUTORIZZANO

a sottoporre il minore, presso l'ambulatorio distrettuale della Medicina del Lavoro-sez. Clinica- dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, come da convocazione programmata, alla visita medica per sorveglianza sanitaria (ex D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.), effettuata dal medico competente incaricato, al fine del rilascio del giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Luogo e data

Firma del: ☐ genitori / ☐ genitore unico (*) / ☐ tutore legale

(*) da barrare in caso di: 1) unico rappresentante legale del minore; 2) impedimento alla autorizzazione dell'altro genitore che è stato informato ed esprime il proprio accordo.

- L'autorizzazione deve essere accompagnata da originale oppure da fotocopia del documento di identità degli autorizzanti

- I dati saranno trattati esclusivamente ai fini della presente autorizzazione e nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. n.196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni