

**Oggetto:** richiesta convenzione ASPP per esami clinici,biologici ecc.

**Al Direttore Generale Dell'USL2 di Lucca  
Via per S.Alessio Monte S.Quirico**

**E p.c. Alla Dott.ssa Bianchi Martini Laura  
U.O.S. Sorveglianza Sanitaria Medico Competente  
Via di Tiglio 292 Carraia**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ legale rappresentante/titolare delle Ditta/

Ente \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ richiede a codesta Azienda USL, avendo già nominato

un proprio medico competente, una convenzione per l'espletamento di esami clinici e biologici e indagini diagnostiche nell'ambito della sorveglianza sanitaria prevista dalla normativa vigente in materia di igiene del lavoro come previsto dal decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81, art.39

Dichiara

1) che l'azienda svolge attività di \_\_\_\_\_

2) che l'azienda ha in organico N° \_\_\_\_\_ dipendenti e soci lavoratori totali di cui operai N° \_\_\_\_\_  
impiegati N° \_\_\_\_\_

3) che l'azienda ha provveduto ad effettuare la valutazione dei rischi lavorativi secondo il decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81 in data \_\_\_\_\_.

4) che l'azienda ha avuto come medico competente il Dott. \_\_\_\_\_

5) di aver preso visione del tariffario regionale applicato da codesta AUSL per la convenzione ASPP.

Data

Timbro e firma

Con la firma apposta in calce alla presente richiesta il sottoscritto autorizza, a norma del D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" l'Amministrazione di questa Azienda ad inserire e conservare tutti i dati in archivio elettronico o cartaceo nonché a rendere note le loro elaborazioni ed in generale tutti i risultati dei trattamenti dei dati stessi in una forma che non consenta l'identificazione personale.

