

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
SERVIZIO PRE.S.A.L. –**  
Piazza Vescovile 4 – Albano Laziale (RM)  
Tel 06.93275330. Fax 0693275317

N.PROT. \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

### **DOMANDA PER VIDIMAZIONE DEL REGISTRO INFORTUNI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Datore di lavoro della Ditta/Società \_\_\_\_\_

con sede operativa in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

nel comune di \_\_\_\_\_

esercitante l'attività di \_\_\_\_\_

---

#### **CHIEDE LA VIDIMAZIONE DEL REGISTRO INFORTUNI**

- Posizione assicurativa INAIL \_\_\_\_\_
  - Codice Fiscale \_\_\_\_\_
  - Partita IVA \_\_\_\_\_
  - Sede Legale \_\_\_\_\_
  - Telefono \_\_\_\_\_
  - Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_
  - Numero dipendenti \_\_\_\_\_ Tipologie di contratto (es. part-time, a progetto ecc.) \_\_\_\_\_
- \* Responsabile Servizio Prev. e prot. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_
- \* Medico Competente \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_
- Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_
- \* Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza \_\_\_\_\_

FIRMA DATORE DI LAVORO E TIMBRO DELLA AZIENDA

Si allega ricevuta del versamento.

#### **DATA E FIRMA PER RITIRO**

*\* qualora non si sia già provveduto a ratificare tali nomine si rammenta l'obbligo di completare tutti gli adempimenti previsti dalla normativa (Dlgs 81/08) entro 30 giorni dall'inizio dell'attività. Inviare via FAX al Servizio competente per territorio i suddetti nominativi non appena definiti.*

DELEGA

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ delego

il Sig./ra \_\_\_\_\_

alla vidimazione del presente registro infortuni.

Allego fotocopia del documento di identità mio e del delegato.

FIRMA DATORE DI LAVORO

INFORMAZIONI PER L'UTENTE

LA VIDIMAZIONE DEL REGISTRO INFORTUNI PUO ESSERE EFFETTUATA, IN BASE ALLA SEDE OPERATIVA DELL'AZIENDA (per quelle del settore costruzioni in base alla sede legale con i criteri riportati nelle circ. Ministero Lavoro 5 marzo 1997 n. 28 e 30 maggio 1997 n.73), NEI DISTRETTI:

DISTRETTO	PER I COMUNI SEDE DELLA DITTA	CAUSALE c/c *	GIORNI RICEVIMENTO	ORARI	TELEFONO/ FAX
H 1 VIA E. FERMI 2, FRASCATI	COLONNA,FRASCATI, GROTTAFERRATA, MONTECOMPATRI, MONTE PORZIO CATONE, ROCCA DI PAPA, ROCCA PRIORA	Centro di costo 0420170201 vidimazione registro infortuni	LUNEDI' MERCOLEDI' VENERDI'	9-11	0694044389/ 0693274478
H 2 V. DELLE CERQUETTE 2, ARICCIA (c/o Osp. SPOLVERINI 1° piano Pad. Colombo)	ALBANO LAZIALE, ARICCIA, CASTELGANDOLFO, GENZANO DI ROMA, LANUVIO, NEMI	Centro di costo 0420170202 vidimazione registro infortuni	MARTEDI' e GIOVEDI'	9-11	0693273779/ 0693273757
H 3 V. M. CALO' 5, CIAMPINO	CIAMPINO, MARINO	Centro di costo 0420170203 vidimazione registro infortuni	MARTEDI'  E  GIOVEDI'	8,30- 10,30	0693275552/ 0693275584
H 4 V. DEI CASTELLI ROMANI 2, POMEZIA	ARDEA, POMEZIA	Centro di costo 0420170204 vidimazione registro infortuni	MARTEDI'	9,00- 10,30	0693275229/ 0693275205
H 5 V. S. BIAGIO 13, VELLETRI	LARIANO, VELLETRI	Centro di costo 0420170205 vidimazione registro infortuni	MARTEDI'  E  GIOVEDI'	10,00- 12,00	0696102439/ 0696102443
H 6 VIALE SEVERIANO 5, ANZIO	ANZIO, NETTUNO	Centro di costo 0420170206 vidimazione registro infortuni	MARTEDI' E GIOVEDI'	8,30 - 10,00	0693276111/ 06/93276106

IL RICHIEDENTE DEVE PRESENTARSI MUNITO DI:

1. REGISTRO INFORTUNI ( modello con riferimenti normativi al D.Lgs 81/08)
2. RICEVUTA VERSAMENTO Euro 10,33 sul C/C n.20633020 intestato alla AZIENDA USL RM/H – Atti di Igiene e Prevenzione ALBANO LAZIALE (*causale: centro di costo secondo tabella \**)
3. MODULO DOMANDA PER VIDIMAZIONE REGISTRO INFORTUNI debitamente compilata, timbrata e firmata.
4. DELEGA SCRITTA, in caso di persona incaricata dal Titolare alla presentazione oppure al ritiro del registro, con allegate fotocopie dei documenti di identità (del datore di lavoro e del delegato).

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO

### **INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

(decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali)

Si informa che tutte le notizie personali (dati anagrafici, stato di salute, ecc.), acquisite in occasione delle prestazioni erogate da questa Azienda, o delle sue attività istituzionali saranno oggetto di trattamento, nel rispetto degli obblighi di riservatezza e protezione stabiliti dal Codice Privacy.

**Si informa al riguardo che:**

- i dati raccolti verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali previste dalla legge, ed in particolare:
    - per scopi diagnostici e terapeutici, al fine di decidere i trattamenti più opportuni
    - per il riconoscimento di benefici normativi o economici
    - per le attività di prevenzione, di autorizzazione, di controllo ed ispettive
  - la raccolta dei dati è obbligatoria per lo svolgimento delle attività istituzionali dell'Azienda nonchè per fornire le prestazioni richieste e di evitarne, salvo i casi di urgenza, la sospensione o l'interruzione;
  - le informazioni trattate non saranno diffuse e potranno essere comunicate ad altri soggetti, solamente nei casi previsti dalla legge o da regolamenti;
  - il trattamento dei dati personali sarà curato soltanto dalle persone appositamente incaricate dall'Azienda;
  - i dati personali saranno trattati attraverso procedure dirette a garantire la sicurezza e la riservatezza;
  - gli operatori di questa Azienda e i soggetti esterni che svolgono per essa specifici incarichi raccoglieranno solamente i dati necessari ed essenziali, pertinenti e non eccedenti alle finalità istituzionali dell'Azienda stessa, ne cureranno l'aggiornamento e l'esattezza, e li conserveranno, per il periodo strettamente necessario;
  - nei casi previsti dal Codice Privacy, sarà cura dei nostri incaricati richiedere il consenso scritto al trattamento dei dati personali.
  - in relazione al trattamento dei dati in argomento, gli interessati possono esercitare in ogni momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice Privacy, riportati nel presente avviso.
- Si informa inoltre che:
- il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Sanitaria Locale USL ROMA H nel suo complesso, con sede legale in Albano Laziale – Borgo Garibaldi 12, legalmente rappresentata dal suo Direttore Generale;
  - i responsabili del trattamento dei dati personali sono i direttori di Distretto, dei presidi ospedalieri, dei Dipartimento a cui ciascuno potrà rivolgersi per esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice Privacy;
  - ulteriori e più specifiche informazioni, relative al trattamento dei dati personali potranno essere richieste **all'Ufficio relazioni con il pubblico (U.R.P.)**.