

## Deroga parziale al segreto professionale

Acconsento a che il mio medico fornisca al mio datore di lavoro (servizio del personale e superiore) informazioni relative a limitazioni lavorative, particolarità relative al comportamento sul lavoro e prognosi (nessuna diagnosi, nessun risultato).

### Collaboratore/trice:

|              |                  |
|--------------|------------------|
| Cognome:     | Nome:            |
| Via:         | CAP, Città:      |
| Sesso (M/F): | Data di nascita: |

### Attività professionale attuale:

|   |                      |
|---|----------------------|
| Titolo della posizione:   | Mansioni principali: |
| Responsabilità dirigenziale (sì/no):  |                      |
| Tasso di occupazione (in %):<br>oppure Orario di lavoro<br>(ore/settimana): |                      |

### Medico curante:

|          |                     |
|----------|---------------------|
| Cognome: | Nome:               |
| E-mail:  | Numero di telefono: |

### Vorgesetzte\*r:

|          |                     |
|----------|---------------------|
| Cognome: | Nome:               |
| E-mail:  | Numero di telefono: |

### Referente del servizio risorse umane:

|          |                     |
|----------|---------------------|
| Cognome: | Nome:               |
| E-mail:  | Numero di telefono: |

### Firma del/della collaboratore/trice:

|       |        |
|-------|--------|
| Data: | Firma: |
|-------|--------|