Il/La sottoscritto/a _____

Qualifica/ruolo _____ Unità operativa/servizio _____

Matricola (facoltativa) _____ Recapito per la risposta (e-mail/PEC) _____

Spett.le Azienda _____

Alla c.a. del Direttore / Ufficio Formazione

e del Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP)

e p.c. al Medico Competente

e p.c. al Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)

Oggetto: richiesta di chiarimenti e di tutela in merito al corso di formazione svolto con visori di realtà virtuale denominato «_____» (data/e prevista/e: _____).

Il/La sottoscritto/a, dipendente di codesta Azienda, in relazione al corso in oggetto, comunicato come obbligatorio e che prevede l'uso di un visore di realtà virtuale, chiede cortesemente, ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, dell'art. 2087 c.c. e della normativa in materia di formazione continua:

a) l'indicazione dell'atto (piano formativo, disposizione o altro provvedimento) e della base normativa che rendono il corso obbligatorio, precisando se esso rilascia crediti ECM;

b) il modello del dispositivo utilizzato e copia delle istruzioni d'uso e delle avvertenze per la salute e la sicurezza fornite dal fabbricante;

c) l'estratto del Documento di Valutazione dei Rischi (artt. 17 e 28 D.Lgs. 81/2008) che valuta i rischi connessi all'uso del dispositivo quale attrezzatura di lavoro (artt. 69 e 71 D.Lgs. 81/2008);

d) le informazioni e la formazione previste dagli artt. 36, 37 e 73 D.Lgs. 81/2008 sull'uso corretto del dispositivo, sui possibili effetti indesiderati e sulle controindicazioni;

e) la possibilità di completare la medesima formazione con una modalità alternativa equivalente che non preveda l'uso del visore (ad esempio in aula o a distanza), senza alcuna penalizzazione;

f) ove necessario, una visita del Medico Competente su richiesta del lavoratore ai sensi dell'art. 41, comma 2, lett. c), D.Lgs. 81/2008, per valutare eventuali controindicazioni personali;

g) la conferma per iscritto dell'eventuale esenzione già comunicata verbalmente al/alla sottoscritto/a in data _____ da _____.

Il/La sottoscritto/a precisa di non volersi sottrarre all'obbligo formativo, che riconosce, e chiede soltanto di poterlo assolvere in condizioni di sicurezza e con piena informazione, con riserva di ogni diritto e azione a tutela della propria salute e della propria posizione lavorativa.

Resta in attesa di un cortese riscontro scritto entro un termine ragionevole, comunque non oltre 15 (quindici) giorni dal ricevimento della presente.

Distinti saluti.

Luogo e data _____ Firma _____

Modalità di consegna (barrare): ☐ PEC ☐ protocollo aziendale n. _____ ☐ a mano, con ricevuta per copia

Per ricevuta (timbro/firma e data) _____