

Spett.le **ASSL ORISTANO**

Servizio Prevenzione e Sicurezza
negli Ambienti di Lavoro
Via Carducci n° 35
Tel:0783-317735; fax: 0783-317738
09170 ORISTANO

PEC: *spresal@pec.asloristano.it*

OGGETTO: Ricorso avverso il giudizio di idoneità del Medico competente art. 41 comma 9 D.Lgs. 81/2008

Il sottoscritto _____ nato nel comune di _____
il _____, residente nel comune di _____ Prov. _____
via _____ n° ____; telefono _____
cell. _____ e-mail _____
dipendente con qualifica di _____
della ditta _____
con sede legale nel comune di _____ in via _____, n° ____

DICHIARA

che ai sensi dell'art. 41 comma 2 del D.Lgs. 81/2008 il medico competente della ditta di cui è dipendente ha sottoposto lo stesso a visita di idoneità specifica alla mansione e in data _____ è stato comunicato per iscritto allo scrivente il giudizio allegato alla presente

RITENENDO

IL SOTTOSCRITTO _____ PRESENTA RICORSO AVVERSO IL GIUDIZIO
ESPRESSO DAL MEDICO COMPETENTE AI SENSI DELL'ART. 41 COMMA 9 D.Lgs. 81/2008

Si allega alla presente

- Giudizio di idoneità specifica alla mansione espresso dal Medico Competente
- Documentazione medica personale (copie referti di esami strumentali, certificati ecc.)
- Cartella sanitaria e di rischio

_____, li _____

FIRMA
