

Oggetto : Richiesta di ricorso avverso al giudizio di idoneità espresso dal medico competente (ex art.41 comma 9 D.lgs 81/08)

Al Responsabile Servizio
Prevenzione e Sicurezza Ambienti
di Lavoro
Azienda Sanitaria n.6
Sanluri

Il/la sottoscritto/a _____

nato/ a _____ il _____

residente a _____ via _____ n° _____

tel. _____ Cod fisc _____

dipendente della ditta _____

sede _____

CHIEDE di essere sottoposto a visita medica avverso giudizio di idoneità

da parte del medico competente in data _____

DICHIARO l'impegno a pagare gli accertamenti eventualmente disposti dal Servizio di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (Organo di Vigilanza) qualora venga definito l'obbligo di tale onere al lavoratore richiedente.

Allega copia del certificato

Data _____

FIRMA
