

**RICORSO del LAVORATORE
avverso il giudizio espresso dal Medico Competente**
(art. 41, comma 9, D.Lgs. 81/08)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____
telefono _____ cellulare _____
e-mail _____
dipendente dell'azienda _____

con sede legale a _____ via _____
e sede operativa a _____ via _____
con la mansione di _____ reparto _____

PREMESSO CHE

il medico competente della ditta, dott./dott.ssa _____
ha effettuato in data _____ la visita medica ai sensi dell'art 41 del D.Lgs. 81/08
in data _____ il medico competente ha comunicato per iscritto allo/a scrivente il giudizio di:

☐ idoneità ☐ idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni
☐ inidoneità temporanea ☐ inidoneità permanente

RICORRE entro 30 gg dalla data di comunicazione del giudizio per il seguente motivo

Motivazioni del ricorso: _____

Si allega:

1. copia del giudizio del Medico Competente
2. eventuale documentazione sanitaria inerente il ricorso

Il/La ricorrente autorizza il servizio di Medicina del lavoro ad inviare le comunicazioni all'indirizzo e-mail sopra indicato:

☐ SÌ ☐ NO

Data

Il /La ricorrente (firma)

In base al tariffario della D.G.P. Nr. 1134 del 18.10.2016, per l'esame del ricorso avverso il giudizio espresso dal medico competente è previsto il pagamento di €. 40,00 che verrà fatturato dopo la prestazione.