

**RICORSO del DATORE DI LAVORO
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 _____ PEC: _____

legale rappresentante dell'azienda / datore di lavoro / dirigente _____

con sede legale a _____ via _____

e sede operativa a _____ via _____

PREMESSO CHE

il medico competente della azienda, dott./dott.ssa _____

ha effettuato in data _____ la visita medica ai sensi dell'art 41 del D.Lgs. 81/08

al/alla lavoratore/trice _____ ,

con la mansione di _____ reparto _____

residente a _____ via _____

telefono _____ cellulare _____

e-mail _____

in data _____ il medico competente ha comunicato per iscritto allo 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. DVR relativo alla mansione svolta dal/la lavoratore/trice

_____ Data

_____ Il /la ricorrente (firma e timbro)

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.