



An den zuständigen Arzt für Arbeitsmedizin
Al medico competente

Dr. / Dott.

Betrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin
Servizio Aziendale di Medicina del Lavoro

Resslstr. – Via Ressler 2F 39100 Bozen - Bolzano
medicinadellavoroBZ@sabes.it

**Anforderung einer ärztlichen Untersuchung laut
Art. 41 Absatz 1, Buchstabe b) des GvD. 81/2008
in aktueller Fassung**

**Richiesta visita medica ai sensi dell'art. 41,
comma 1, lettera b del D.Lgs. 81/2008 e
successive modifiche**

Die Unterfertigte / der Unterfertigte

La sottoscritta / il sottoscritto

geboren am

nata/o il

 / /

Ressort ☐ / Abteilung ☐ / Amt ☐ /
Agentur ☐ / Bereich ☐ / Schule ☐

Dipartimento ☐ / Ripartizione ☐ / Ufficio ☐ /
Agenzia ☐ / Area ☐ / Scuola ☐

Tätigkeit

Mansione

ersucht um eine ärztliche Untersuchung beim
zuständigen Arzt für Arbeitsmedizin aufgrund der
folgenden Symptomatik (diese muss in direktem
Zusammenhang mit den beruflichen Risikofaktoren
stehen, z.B. Rückenschmerzen bei beruflicher
Handhabung von Lasten):

chiede di essere sottoposto/a a visita medica da
parte del medico competente per la/le seguenti
motivazioni (si rammenta che la sintomatologia
lamentata deve essere in relazione all'attività svolta,
p.es. mal di schiena in relazione all'attività di
movimentazione manuale dei carichi):

Eventuelle Kopien ärztlicher Unterlagen werden in
geschlossenem Umschlag beigelegt.

Si allega in busta chiusa eventuale copia di attestati
medici in possesso.

Mit freundlichen Grüßen

Cordiali saluti

Unterschrift

Firma



Telefonnumer

Numero di telefono