

p.c. AL MEDICO COMPETENTE

RICORSO AVVERSO IL GIUDIZIO DI IDONEITÀ/INIDONEITÀ ESPRESSO DAL MEDICO COMPETENTE (ART. 41 COMMA 9 D.LGS. 81/08)

Il sottoscritto * _____

Nato a * _____ il * _____

Residente a * _____ via _____ n° _____ CAP _____

Codice fiscale * _____

Cell * _____ e-mail * _____

In qualità di dipendente/datore di lavoro della ditta* _____

Comune e via (sede operativa) * _____

tel _____ avendo ricevuto in data _____ la comunicazione del giudizio di idoneità/
inidoneità espresso dal medico competente Dott. _____

***campi obbligatori**

RICORRE AI SENSI DELL'ART 41, COMMA 9, D.LGS 81/08 AVVERSO TALE GIUDIZIO

Motivazione del ricorso: _____

*** indicare l'indirizzo presso il quale far pervenire il verbale della commissione.**

Il verbale del giudizio che verrà emesso dalla commissione ATS della Città Metropolitana di Milano sarà trasmesso in copia anche all'azienda. Si prega pertanto di segnalare l'indirizzo corretto dell'**Ufficio Risorse Umane** della Ditta presso la quale si svolge l'attività lavorativa:

Città _____ via _____ n° _____ CAP _____

PEC _____

A seguito della convocazione alla visita medica si ricorda al lavoratore interessato che in tale occasione dovrà portare con sé la documentazione sanitaria personale. La prestazione sarà soggetta a pagamento, secondo il tariffario vigente, dopo l'effettuazione della prima visita.

A tal fine allega la seguente documentazione:

- copia del giudizio di idoneità/inidoneità alla mansione specifica a firma del medico competente;
- documento d'identità del ricorrente;
- altra documentazione di interesse;

IL RICORRENTE

DATA
