



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA

U.O. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

Direttore F.F. : dr.ssa Maria Rosa Spagnolo

## Azienda USL di Ferrara

### Ricorso avverso al giudizio di idoneità specifica al lavoro espresso dal medico competente - art. 41 comma 9 D. Lgs. 81/08- (modulo per lavoratore).

Si richiede di compilare in modo completo e scrupoloso il presente modulo da inviare a:  
Azienda USL di Ferrara – U.O. PSAL – Via F. Beretta , 7 – 44121 Ferrara

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel/cell. \_\_\_\_\_

Premette

• di essere dipendente della Ditta/Impresa \_\_\_\_\_  
con sede di lavoro in \_\_\_\_\_

con la qualifica / mansione specifica di \_\_\_\_\_

• di essere stato sottoposto a visita medica dal Medico Competente aziendale Dott. \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_

• che in data \_\_\_\_\_ è stata consegnata allo scrivente copia del giudizio di idoneità / inidoneità alla mansione (da allegare alla presente), redatto per iscritto dal Medico Competente ai sensi dell'art. 41 del D. Lgs. 81/08, comma 6-bis;

#### RICORRE

**avverso il giudizio di idoneità / inidoneità alla mansione specifica espresso dal Medico Competente, affinché l'Organo di Vigilanza territorialmente competente, dopo eventuali ulteriori accertamenti, ne disponga la conferma, la modifica o la revoca (art. 41 del D. Lgs. 81/08, comma 9).**

Allegati:

1. copia del giudizio di idoneità / inidoneità alla mansione redatto dal Medico Competente.
2. altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Distinti saluti

N.B. Il ricorso è ammesso entro trenta giorni dalla data di emissione del certificato di idoneità da parte del medico competente.

Dipartimento di Sanita' PUBBLICA  
U.O. Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro  
Via F. Beretta, 7 – 44100 FERRARA  
Fax 0532/235253  
e-mail spsal.ferrara@ausl.fe.it

Azienda U.S.L. di Ferrara  
Via Cassoli, 30 – 44100 FERRARA  
Tel 0532/235111 – 0532/235266 –  
Tel FAX-0532/235688  
Partita IVA 01295960387



**DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA**

U.O. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

Direttore F.F. : dr.ssa Maria Rosa Spagnolo

## Azienda USL di Ferrara

### Ricorso avverso al giudizio di idoneità specifica al lavoro espresso dal medico competente - art. 41 comma 9 D. Lgs. 81/08- (modulo per il datore di lavoro).

Si richiede di compilare in modo completo e scrupoloso il presente modulo da inviare a:  
Azienda USL di Ferrara – U.O. PSAL – Via F. Beretta , 7 – 44121 Ferrara

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel/cell. \_\_\_\_\_

Premette

- di essere datore di lavoro della Ditta /Impresa \_\_\_\_\_

con sede di lavoro in \_\_\_\_\_

- che il dipendente \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel/cell. \_\_\_\_\_

con la qualifica / mansione specifica di \_\_\_\_\_

• è stato sottoposto a visita medica dal Medico Competente aziendale Dott. \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_

• che in data \_\_\_\_\_ è stata consegnata allo scrivente copia del giudizio di idoneità / inidoneità alla mansione (da allegare alla presente), redatto per iscritto dal Medico Competente ai sensi dell'art. 41 del D. Lgs. 81/08, comma 6-bis;

#### RICORRE

**avverso il giudizio di idoneità / inidoneità alla mansione specifica espresso dal Medico Competente, affinché l'Organo di Vigilanza territorialmente competente, dopo eventuali ulteriori accertamenti, ne disponga la conferma, la modifica o la revoca (art. 41 del D. Lgs. 81/08, comma 9).**

Allegati:

1. copia del giudizio di idoneità / inidoneità alla mansione redatto dal Medico Competente.
2. copia del documento di valutazione del rischio.
3. altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Distinti saluti

N.B. Il ricorso è ammesso entro trenta giorni dalla data di emissione del certificato di idoneità da parte del medico competente.