

DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA
U.O. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro
Direttore: f.f. Dott.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
Direttore: f.f. Dott.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

II / 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.