

AL SERVIZIO PREVENZIONE E
SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI
AGRIGENTO

Oggetto: **Ricorso avverso al giudizio di.....al lavoro del Medico
Competente (ai sensi dell'art. 41, comma 9 del D.lgs 81/08)**

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a a il

e residente a

in Via n. tel

Dipendente della ditta.....

avente sede in

Via n..... tel

con la mansione di

ricorre avverso il giudizio del Medico Competente relativo a :

Non idoneità lavorativa

Idoneità lavorativa

Idoneità parziale o con limitazioni

espresso dal Medico Competente della ditta Dott.

comunicato in data

Allego la seguente documentazione:

Giudizio del Medico Competente avverso il quale si ricorre

Eventuale documentazione volta a stabilire la data certa della notifica del giudizio:

Si riserva di produrre ogni altra documentazione inerente le proprie condizioni di salute al momento della visita medica.

Data

.....
Firma del lavoratore