

Spett.
ATS della Montagna
Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria
Servizio PSAL
Via _____

RICORSO AVVERSO AL GIUDIZIO DI IDONEITA' DEL MEDICO COMPETENTE

(Art.41 D.Lgs. 81/08)

Il / La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____
via _____ n° _____ Tel/Cell. _____

DICHIARA

- di essere dipendente della Ditta/Società _____ con sede in _____ Via _____ n° _____;
- che il Medico Competente aziendale Dott./Dott.ssa _____ ai sensi dell'Art. 25 del D.Lgs. 81/08 **ha effettuato**, in data _____, l'accertamento sanitario preventivo/periodico al sottoscritto, adibito alla mansione di _____;
- che in data _____ **è stato comunicato** allo scrivente, per iscritto, il giudizio (**in allegato**) di:
 - idoneità totale
 - idoneità parziale
 - inidoneità temporanea
 - inidoneità permanente

E PERTANTO RICORRE

(ai sensi dell'art. 41, c.9, D.Lgs 81/08 modificato dall'articolo 26 del decreto legislativo 106/09)

avverso il giudizio di idoneità / inidoneità alla mansione specifica espresso dal Medico Competente affinché codesto Organo di Vigilanza ne disponga la conferma, la modifica o la revoca.

Sintesi delle motivazioni del ricorso: _____

Allegati

1. copia del giudizio del Medico Competente;
2. copia della ricevuta di versamento di € 57,19, quale diritto sanitario previsto per la visita collegiale per ricorso avverso il giudizio del medico competente;
3. copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
4. copia di eventuale documentazione sanitaria inerente il ricorso (non obbligatoria al momento della consegna della domanda ma da portare in copia alla visita medica);

Firma del ricorrente

Data _____

Modalità di pagamento: con metodo PAGOPA mediante accesso dal sito aziendale e dalla piattaforma MY PAY Regione Lombardia o il pagamento diretto presso gli sportelli di tesoreria della Banca Popolare di Sondrio.