

ASL Milano
SC PSAL – Ss U.O. Territoriale n. ____
Via _____ n. ____

e 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 _____

RESIDENTE A * _____ VIA _____ N° _____ CAP _____ TEL _____

IN QUALITÀ DI DIPENDENTE/DATORE DI LAVORO DELLA DITTA _____

VIA _____ TEL _____

AVENDO RICEVUTO IN DATA _____ LA COMUNICAZIONE DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ/INIDONEITÀ ESPRESSO
DAL MEDICO COMPETENTE DOTT. _____

DELLA DITTA _____

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 ASL 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:

CITTA' _____ VIA _____ N° _____ CAP _____

Chiede inoltre che venga sentito, quale proprio sanitario di fiducia, il Dott _____

abitante a _____ Tel _____

A tal fine allega la seguente documentazione:

- copia del giudizio di idoneità/inidoneità alla mansione specifica a firma del medico competente;
- copia della documentazione sanitaria inerente il ricorso;
- copia della cartella sanitaria e di rischio;
- altra documentazione di interesse
- copia dell'avvenuto pagamento di **euro 42,04** tramite c/c postale n. 14083273 o bonifico bancario IBAN IT09Q0103001600000007517050 intestato ad "ASL Milano Servizio Tesoreria C.so Italia, 19 20122 Milano" riportando come causale: Ricorso ex art. 41 D.Lgs 81/08

Distinti saluti.

Il ricorrente _____

Località e data _____