

Alla
Azienda USL Modena
SPSAL Area _____
Sede di _____

oggetto: ricorso avverso giudizio del medico competente

Io sottoscritto _____

Datore di Lavoro dell'azienda _____

con sede a _____ via _____ n° _____

tel. _____ fax _____

presento ricorso ai sensi dell'art.41 comma 9 D.Lgs. 81/08

avverso il giudizio di idoneità alla mansione specifica di _____

rilasciato dal medico competente in data _____ e comunicato in data _____

rilasciato al/lla sig./sig.ra _____

nato/a a _____ prov. _____ il ___/___/___

residente a _____ prov. _____

in via _____ n° _____ tel. _____

Allego copia del giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Sono informato che il costo della prestazione di € 124,45 e degli eventuali accertamenti necessari saranno a carico dell'azienda; i dati per la fatturazione sono i seguenti:

RAGIONE SOCIALE _____

INDIRIZZO _____

P.I. / C.F. _____

Data _____

Firma _____