

Dipartimento di Prevenzione – U.O.C. Igiene e Medicina del Lavoro

Direttore: Dott.ssa Maria Grazia Panico

Via Settimio Mobilio, 52 - Salerno (SA) - Tel. 089692910 – Fax 089692909

e-mail: [dp.smil@aslsalerno.it](mailto:dp.smil@aslsalerno.it) PEC: [dp.smil@pec.aslsalerno.it](mailto:dp.smil@pec.aslsalerno.it)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ASL SALERNO  DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  U.O.C. Igiene e Medicina del Lavoro  Via Settimio Mobilio, 52  84131 Salerno |
|  | e p.c. al | Medico Competente aziendale |

**Oggetto** RICORSO AVVERSO il giudizio di idoneità/inidoneità espresso dal Medico Competente ( art 41 comma 9 D.Lgs. 81/08)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via e numero civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_Tel/cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In qualità di Dipendente Datore di Lavoro**

della Ditta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ operante nel settore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Avendo ricevuto in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_la comunicazione del giudizio di idoneità/inidoneità espresso dal medico competente Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(data dell’accertamento sanitario preventivo/periodico)

**RICORRE**

**entro 30 giorni dalla data di comunicazione,** ai sensi dell’art. 41, comma 9, D.Lgs. 81/08 contro tale giudizio per la seguente motivazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine allega la seguente documentazione :

* **copia del giudizio di idoneità/inidoneità** alla mansione specifica a firma del medico competente;
* eventuale documentazione sanitaria inerente il ricorso
* ricevuta di pagamento dei diritti amministrativi regionali di euro 112,27 tramite:
* bollettino postale sul CCP n. 34343723 intestato ad ASL SALERNO - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE –VIA SETTIMIO MOBILIO, 52 – SALERNO
* bonifico bancario – riferimento: Banca d’Italia - Tesoreria dello Stato- Salerno

IBAN IT39Q0100003245424300306470

specificando nella causale “ RICORSO EX ART. 41 D.L.vo 81/08 ”

Località e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il ricorrente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_