

Spett.le UOC Pre.S.A.L. Frosinone

prevenzione@pec.aslfrosinone.it

Oggetto: ricorso avverso il giudizio di idoneità del medico competente (art.41 comma 9 D.lgs.81/08 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ Codice fiscale _____ residente

a _____ in Via _____ tel. _____

Email _____ dipendente della Ditta/Azienda _____

_____ sede di _____ tel _____

_____ pec azienda _____

Svolge la mansione di _____

INOLTRA

Ricorso avverso il giudizio di idoneità ex art.41 comma 9 D.Lgs.81/08 e s.m.i.,

espresso dal Medico Competente Dott. _____

il _____ notificato il _____ che si allega alla presente.

Motivazioni: _____

Si riserva di consegnare tutta la documentazione sanitaria personale al momento della visita.

Lì, _____

Firma
