

Al Direttore del Servizio PSAL
AST Ancona Marche
Via C. Colombo 106
60100 ANCONA
PEC ast.ancona@emarche.it

Oggetto: Ricorso avverso il giudizio di idoneità del medico competente (art. 41 c.9 D.Lgs. 81/08)

Il/la sottoscritto/a
nato/a
residente a in via
cell.

dipendente della ditta /società
con sede a

a tempo indeterminato/determinato

Premesso che:

- il medico competente aziendale, Dr. _____
ha effettuato, in data _____ la visita medica (art. 41 D.Lgs. 81/08)

preventiva preventiva in fase preassuntiva periodica
 in occasione di cambio mansione su richiesta del lavoratore ripresa del lavoro a seguito
assenza per motivi di salute > 60 giorni

- in data ____/____/____ il medico ha comunicato per iscritto allo scrivente il giudizio di:

idoneità
 idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni
 inidoneità temporanea
 inidoneità permanente

esporre le ragioni di contestazione del giudizio del medico competente)

RICORRE presso lo SPSAL avverso il giudizio espresso dal medico competente, affinché il servizio P.S.A.L. voglia confermare, revocare o modificare il giudizio impugnato.

Qualora, dopo aver presentato la presente domanda, il sottoscritto deciderà di rinunciare al ricorso, si impegna a darne comunicazione scritta al servizio P.S.A.L.

Si allega:

1) copia del giudizio del Medico Competente (documentazione indispensabile)

2) documentazione sanitaria _____

3) altro _____

IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA L'ASUR MARCHE AREA VASTA 2 AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI, EX.ART.78 D.LGS N.196/2003, ESCLUSIVAMENTE PER LE FINALITA' CONNESSE ALLA PRESENTE PROCEDURA

Luogo e data, _____ (firma)