

Posta Ordinaria **Raccomandata** **Consegna a mano**

SPISAL ULSS 4
Via Zappetti 23
30026 Portogruaro

OGGETTO: **Ricorso Avverso il Giudizio del Medico Competente**
(art. 41, comma 9 - D.Lvo 81/08)

Il sottoscritto/a.....
nato/a aProv..... il.....,
residente in.....vian.....,
telefono.....mail.....

Datore di Lavoro Lavoratore della Azienda:

Azienda:

Con sede inProv.....
vian.....

In riferimento alla visita medica preventiva/ preassuntiva periodica
 su richiesta del lavoratore per cambio mansione del

Sig.

Mansione.....

RICORRE contro il giudizio di idoneità idoneità parziale, temporanea o
permanente, con prescrizioni o limitazioni inidoneità temporanea inidoneità
permanente rilasciato dal Medico Competentein data
.....

**Chiede che lo S.P.S.A.L. voglia *confermare, modificare/revocare* il giudizio
impugnato, per i seguenti motivi:**

.....
Si allega il giudizio del Medico competente

Data.....

FIRMA