



Sede legale: Via G. Cusmano, 24  
90141 PALERMO  
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Spett. le UOC Medicina Legale  
ASP Palermo  
Via Mariano Stabile n.261  
90141 - Palermo

**Oggetto: Richiesta visita medica ai sensi dell'art. 5 della Legge 300/70**

Il sottoscritto/a .....  
Datore di lavoro/Legale rappresentante della ditta/azienda  
..... sita  
a ..... in via.....  
P.Iva/C.F.....Tel.....  
PEC.....

**CHIEDE**

Ai sensi dell'art. 5 della Legge 300/70la

valutazione dell'idoneità fisica al lavoro per il dipendente  
sig./sig.ra.....,  
nato/a .....(prov. ....) in data ...../...../.....  
residente a .....(prov.....)  
in via .....N°.....  
cell..... mail/pec .....

assunto/a con il seguente inquadramento contrattuale:  
categoria professionale .....  
mansione .....  
qualifica.....  
Normativa o CCNL di riferimento.....  
Luogo e data, .....

Firma del legale rappresentante della ditta/azienda

.....

Si allegano alla presente:

- Breve relazione con le motivazioni per cui viene richiesto l'accertamento sanitario;
- Eventuale cartella sanitaria e di rischio del Medico Competente con giudizio di idoneità/inidoneità
- Declaratoria contrattuale