

Spett.le ASP- PALERMO S.PRE.S.A.L.
Via Mariano Stabile n 7 Palermo
Tel 091/7032628
Pec: spresal.pec@asppa.it
Mail: uoc.spresal@asppalermo.org

OGGETTO: RICORSO AVVERSO AL GIUDIZIO DEL MEDICO COMPETENTE

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____

Il _____, domiciliato/a a _____, in via _____

n. _____ Tel. /Cell. _____ e- mail _____

Dipendente/Datore di Lavoro della ditta/azienda _____ con sede in _____,

via _____ n. _____ tel _____,

mail _____ pec: _____.

Mansione: _____

RICORRE (ex art. 41 del D.Lgs. 81/08)

Avverso il giudizio di idoneità alla mansione specifica, espresso dal medico competente Dott.

_____ emesso in data _____

e consegnato allo scrivente in data _____.

Mail del medico competente _____

MOTIVAZIONI

- *Autorizzo l'ASP di Palermo al trattamento dei miei dati personali*
- *Sono consapevole che le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal c.p. e dalle Leggi speciali in materia (ND.P.R. 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa)*

Si allegano alla presente:

1. Copia Del Giudizio Del Medico Competente
2. Copia del documento di identità in corso di validità

La documentazione sanitaria dovrà essere prodotta in copia all'atto della visita

N.B.: Il ricorso è ammesso se presentato entro 30 giorni dalla comunicazione del giudizio da parte del Medico Competente

Luogo e data _____

Firma di chi fa ricorso