

All'**Azienda Sanitaria Locale di Matera**
Dipartimento di Prevenzione Coll. Sal. Umana
U.O.C. Medicina del Lavoro e Sicurezza
negli Ambienti di Lavoro
Via Montescaglioso s.n.c.
75100 MATERA

e, p.c. Al Med. Competente dott. _____

e, p.c. Al Lavoratore Sig. _____

Oggetto: Ricorso avverso il giudizio di idoneità/inidoneità alla mansione specifica, espresso dal Medico Competente, ex art. 41, comma 9 del D.L.vo n. 81/08.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____
il _____ e residente a _____ Via _____ n. ____
in qualità di Legale Rappresentante della Ditta _____ con
sede operativa a _____ Via _____ n. ____
Tel. _____ E-mail/PEC _____,
Datore di Lavoro del Sig. _____ nato a _____
il _____, residente a _____ in Via _____
tel. _____ e E-Mail/PEC _____,
presso la cui Ditta questi svolge mansioni di _____
nel Settore/Reparto/Divisione/U.O. _____,
avendo ricevuto, in data _____, la comunicazione del giudizio di idoneità/inidoneità
relativo al suddetto lavoratore dal Medico Competente aziendale Dott. _____
espresso in data _____,

ricorre

entro 30 gg. dalla data di comunicazione, ai sensi dell'art. 41 C. 9 del D.L.vo n. 81/08, contro tale giudizio per la seguente motivazione _____

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Originale, o Fotocopia autenticata nei termini di legge, del Giudizio di idoneità/ inidoneità alla mansione specifica a firma del Medico Competente succitato;
- Ricevuta del pagamento dei diritti amministrativi regionali di Euro 77,00 da versare sul **C.C. postale** nr. 95746889, intestato a "ASM – Dip. Prev. Coll. Salute Umana – U.O.C. Medicina del Lavoro e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro" o utilizzando l'**IBAN** nr. IT03L0760116100000095746889, con causale: "Ricorso ex Art. 41, D.L.vo n. 81/08";
- Fotocopia della Carta di Identità in corso di validità;
- Stralcio del Documento di Valutazione dei Rischi inerente le mansioni svolte dal lavoratore, datato e firmato;
- Cartella sanitaria e di rischio, in copia conforme all'originale ed in busta sigillata dal Medico Competente;

N.B.: in mancanza di uno solo dei cinque punti, l'istanza sarà ritenuta irricevibile.

Luogo e data: _____ firma _____