

**Oggetto: Ricorso avverso il giudizio di idoneità/inidoneità espresso dal Medico Competente nei confronti
del/la sig./ra _____**

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

Il _____ e residente a _____ CAP _____

alla Via/Piazza _____ n. _____ Tel. _____

e-mail _____ PEC _____

in qualità di:

Dipendente con la mansione di _____

Datore di lavoro

della ditta _____ con Sede Legale a _____

in via _____ e Sede Operativa a _____

in via _____ tel. _____

avendo ricevuto in data: ____/____/____/ la comunicazione del giudizio di idoneità/inidoneità espresso
dal Medico Competente Dr. _____

nei confronti di _____

RICORRE

avverso tale giudizio ai sensi dell'art. 41, comma 9 D.Lgs. 81/08

per i seguenti motivi _____

Allega:

- Copia del giudizio di idoneità/inidoneità impugnato;
- Copia del proprio documento di riconoscimento (fronte/retro) in corso di validità;
- Altra documentazione utile ai fini del ricorso in oggetto.

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. e DPR 679/2016

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati sopraelencati del D.Lgs. n. 196/2003 con le seguenti prescrizioni: i dati raccolti saranno trattati solo per fini istituzionali, anche con strumenti informatici, nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza tutelando la Sua riservatezza ed i Suoi diritti.

Firma _____