

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

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

in qualità di: *(barrare con una X)*

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 del Medico competente (documentazione indispensabile)
- Copia del proprio documento di riconoscimento (fonte/retro) in corso di validità
- Altra documentazione utile ai fini del ricorso in oggetto.

Luogo e 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. \_\_\_\_\_