



## RICORSO AVVERSO GIUDIZIO DI IDONEITA' MEDICO COMPETENTE ART. 41 COMMA 9 D. LGS 81/08

Spett.le ASL Cn1  
Servizio di Prevenzione e  
Sicurezza degli Ambienti di Lavoro

### Il sottoscritto/a

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato di nascita \_\_\_\_\_

nazionalità \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono (fisso o mobile) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

dipendente della Ditta \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

presso la quale svolge mansioni di \_\_\_\_\_

## RICORRE

avverso il giudizio di idoneità espresso dal medico competente in data \_\_\_\_\_

comunicatomi in data \_\_\_\_\_

Sintesi delle motivazioni del ricorso:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Allegato:*

copia del giudizio di idoneità del medico competente.

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 ("PRIVACY"):** "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 ss.m.i. dall'ASL CN1 esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonchè presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico".

data \_\_\_\_\_ firma del ricorrente (per esteso) \_\_\_\_\_

### SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO

Il sottoscrittore è identificato con documento di identità nr. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ il dipendente addetto \_\_\_\_\_

## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

*Ai sensi dell'art. 41, comma 9 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i, il lavoratore ha la possibilità di fare ricorso in merito al giudizio espresso dal Medico Competente dell'azienda.*

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

*Il lavoratore e il datore di lavoro.*

### **MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

*Il modulo può essere:*

- a) *consegnato e firmato direttamente presso una delle segreterie Spresal dislocate sul territorio, negli orari di apertura al pubblico; il sottoscrittore verrà identificato previa esibizione di un documento di identità;*
- b) *spedito per posta ordinaria o raccomandata, inviato via fax al numero 0175/055103, con allegata fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente;*
- c) *trasmesso da P.E.C. o da casella di posta elettronica ordinaria (mail) all'indirizzo: [protocollo@aslc1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslc1.legalmailPA.it) con allegata fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente;*
- d) *trasmesso esclusivamente da P.E.C. all'indirizzo P.E.C. : [dip.prevenzione.aslc1@legalmail.it](mailto:dip.prevenzione.aslc1@legalmail.it) con allegata fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente;*
- e) *firmato digitalmente e trasmesso da P.E.C all'indirizzo P.E.C.: [dip.prevenzione.aslc1@legalmail.it](mailto:dip.prevenzione.aslc1@legalmail.it)*

### **Avvertenze**

*se la richiesta viene fatta da una persona delegata è obbligatorio allegare delega scritta alla compilazione della presente richiesta e fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegante.*

### **MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA**

*La pratica viene presa in esame dal personale sanitario. Il lavoratore viene convocato in ufficio e invitato a presentare tutta la documentazione necessaria in suo possesso.*

**TEMPO DI RISPOSTA:** 90gg

*Procedimento amministrativo pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito [www.aslc1.it](http://www.aslc1.it).*

### **RIFERIMENTI**

Ufficio: S.C. SPRESAL  
Tel.: 0175/215615  
Fax: 0175/055103  
E-mail:spresal@aslc1.it