

Spett.le
SPISAL ULSS N. 16 PADOVA
Via Ospedale n. 22
35121 Padova
Fax 049 8214256

RICORSO EX ART. 41 D. Lgs. 81/2008

Dati anagrafici del ricorrente

Il sottoscritto _____ datore di lavoro della ditta/società:

(Rag. Sociale, P.Iva – C.F.) _____

con sede in _____

RICORRE

avverso il giudizio di inidoneità/idoneità, permanente/temporanea, totale/parziale

formulato dal M.C. in data _____ per il dipendente _____

nato a _____, residente in _____, via

_____ telefono _____,

con la qualifica di _____

affinché lo S.P.I.S.A.L. voglia *confermare, modificare/revocare* il giudizio impugnato.

Si allega:

1) giudizio del M.C.

2)

Luogo e data, _____

TIMBRO E FIRMA