

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 _____ nato a _____, residente in
_____, via _____ telefono
_____, Codice Fiscale _____.

dipendente con la qualifica di _____ presso la ditta/società
(Rag. Sociale, P.Iva – C.F.) _____
con sede in Via _____ Comune _____

dichiara che in data _____ è stato comunicato per iscritto allo scrivente il
giudizio di inidoneità/idoneità parziale, totale, temporanea, permanente,
_____, formulato dal medico competente;

RICORRE

avverso il giudizio di inidoneità/idoneità, permanente, temporanea, totale, parziale
formulato dal M.C. 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, _____

FIRMA