

# Domanda ricorso avverso il giudizio di idoneità al lavoro

## Effettuata dal Lavoratore

Al Servizio S. Pre. S.A.L.  
ASL AT di Asti  
Via Conte Verde 125  
14100 ASTI (AT)

e p/c Al Datore di Lavoro

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e p/c Al Medico Competente Dott.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Oggetto: Ricorso avverso il giudizio di idoneità al lavoro del Medico Competente  
(ai sensi dell' art. 41, comma 9, del D. Lgs. 81/08)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
telefono: \_\_\_\_\_

### **premessato che**

- il/la medesimo/a è dipendente con la qualifica di \_\_\_\_\_ presso la  
ditta/società denominata \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

- ai sensi dell'art. 41 del D.Lgs. 81/08 il medico competente, Dott. \_\_\_\_\_ della  
ditta/società \_\_\_\_\_ ha effettuato, in data \_\_\_\_\_, l'accertamento dell'idoneità  
specifica;

- in data \_\_\_\_\_ è stato comunicato allo scrivente il *giudizio di:*

*idoneità*

*idoneità parziale* , *totale* , *temporanea* , *permanente*  *con prescrizioni o limitazioni*

*inidoneità temporanea*  *inidoneità permanente*

formulato a seguito dell'accertamento suddetto e che è allegato in copia (allegato n 1);

### **RICORRE ai sensi dell'art. 41, comma 9, del D. Lgs. 81/08**

avverso il giudizio medesimo formulato dal Medico Competente all'Organo di Vigilanza territorialmente  
competente.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

FIRMA

**Effettuata dal Datore di Lavoro**

Al Servizio S. Pre. S.A.L.  
ASL AT di Asti  
Via Conte Verde 125  
14100 ASTI (AT)

e p/c Al Lavoratore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e p/c Al Medico Competente Dott.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Oggetto: Ricorso avverso il giudizio di idoneità al lavoro del Medico Competente  
(ai sensi dell' art. 41, comma 9, del D. Lgs. 81/08)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
telefono: \_\_\_\_\_

**premessi che**

- il medico competente, Dott. \_\_\_\_\_ della ditta/società ha effettuato, in data  
\_\_\_\_\_, l'accertamento  
preventivo/periodico del lavoratore/dipendente/socio Sig./ Sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a  
a \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, via  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefon o: \_\_\_\_\_, con mansione  
di \_\_\_\_\_

- in data \_\_\_\_\_ è stato comunicato allo scrivente il *giudizio di:*

*idoneità*

*idoneità parziale* , *totale* , *temporanea* , *permanente*  con prescrizioni o limitazioni

*inidoneità temporanea*  *inidoneità permanente*

formulato a seguito dell'accertamento suddetto e che è allegato in fotocopia (allegato n 1);

**RICORRE ai sensi dell'art. 41, comma 9, del D. Lgs. 81/08**

avverso il giudizio medesimo formulato dal Medico Competente all'Organo di Vigilanza territorialmente competente.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

FIRMA