

Servizio
Prevenzione e Sicurezza
negli Ambienti di Lavoro
ASL Città di Milano
Via Statuto, 5
20131 Milano
e p.c. al Medico Competente

Oggetto: ricorso avverso il giudizio di idoneità/inidoneità espresso dal Medico
Competente (art.17
comma 4 D.Lgs 626/94)
Il sottoscritto

Residente a _____ Via _____ Tel. _____

In qualità di dipendente /datore di lavoro della
Ditta _____
Via _____ Tel. _____

Avendo ricevuto in data _____ la comunicazione del giudizio di
idoneità/inidoneità espresso
dal Medico Competente Dott.

della Ditta _____

RICORRE

Ai sensi dell'art.17, comma 4, D.Lgs 626/94 avverso tale giudizio
Motivazioni del ricorso:

A tal fine allega la seguente documentazione:

Copia del giudizio di idoneità/inidoneità alla mansione specifica a firma del medico
competente;

Copia della documentazione sanitaria inerente il ricorso;

Copla della cartella sanitaria e di rischio;

Ricevuta di versamento c/c n° 14083273 intestato ad ASL città di Milano, Servizio Tesoreria,
C.so Italia

19 - 20122 Milano con l'indicazione della causale "Dipartimento di Prevenzione Servizio
PSAL -

Ricorso Avverso giudizio medico competente";

Altra documentazione di interesse

Chiede inoltre che venga sentito, quale proprio sanitario di fiducia, il
Dott. _____

Abitante a _____ Tel. _____

Distinti saluti _____

Il ricorrente _____

Località e data _____