

**MODULO RICHIESTA RICORSO AVVERSO GIUDIZIO DI INIDONEITA' ESPRESSO DAL MEDICO  
DEL LAVORO AZIENDALE - FAC SIMILE -**

Spett.le  
U.O.S. Medicina ed Igiene del Lavoro  
-Sede-

**Oggetto:** ricorso avverso il giudizio di inidoneità/idoneità con prescrizione espresso dal medico del lavoro, ai sensi del punto c) dell'art. 17 della Legge n° 31/1998

Il/la Sottoscritto/a ..... nato/a il ....., Cod. ISS: .....  
residente a ..... Via ..... n° .....

dependente/in fase di assunzione della Impresa ..... Codice Operatore  
Economico ..... con sede in Via .....n°:..... località .....  
con la mansione di ....., nel reparto .....

**intende presentare ricorso avverso il giudizio di inidoneità/idoneità con prescrizione**

alla mansione specifica emesso dal Medico del Lavoro Dr. .... in data ...../...../  
..... e comunicato al sottoscritto/a in data ...../...../.....

MOTIVAZIONE DEL RICORSO:

---

---

---

---

---

Si allega la seguente documentazione:

- Copia del certificato dell'inidoneità alla mansione specifica rilasciato dal Medico del Lavoro.
- Copia della documentazione sanitaria del Medico del Lavoro.
- Altro (documentazione del medico curante, visite specialistiche, esami, ecc....)

---

San Marino lì, .....

Firma del Lavoratore

Sig. \_\_\_\_\_