

**MODULO RICHIESTA RICORSO AVVERSO AL GIUDIZIO DI INIDONEITÀ TOTALE ESPRESSO
DAL MEDICO DEL LAVORO AZIENDALE E POSSIBILE AVVIO DEL L'APPLICAZIONE DEI BENEFICI
PREVISTI DALL'ART.9 DECRETO-LEGGE 118/2014.-**

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

Oggetto: ricorso avverso il giudizio di inidoneità totale espresso dal medico del lavoro aziendale ai sensi del punto c art. 17 legge 31/1998 o applicazione dei benefici previsti dall'art. 9 della legge 118/2014.

Il/la sottoscritto/a nato/a..... il, Cod. ISS
residente aVia n°
dipendente della Ditta Codice Operatore Economico con sede in
Via n°..... Località.....
con la mansione di, nel reparto

intende presentare ricorso avverso al giudizio di inidoneità totale temporanea/permanente

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

MOTIVAZIONE DEL RICORSO

.....
.....
.....

Nel caso di conferma di giudizio di inidoneità totale temporanea o permanente chiedo dei benefici previsti dall'art.9 della legge 118/2014.

Si allega la seguente documentazione:

- " Copia del certificato di 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