

Spett.le

Ditta : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

All'attenzione del Medico Competente dott:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OGGETTO: Richiesta di visita medica correlata ai rischi lavorativi, ai sensi dell'art. 25 comma 1 lettera b e comma 2 lettera c del D.Lgs 81/2008.

Il /La sottoscritto /a : \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Dipendente della

Ditta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Con sede a : \_\_\_\_\_

Con mansione di: \_\_\_\_\_

Ritenendo che le sue condizioni di salute possano essere modificate dall'attività lavorativa

Chiede

Di essere sottoposto/a a visita medica ai sensi dell'art. 25 comma 1 lettera b ed art. 41 comma 1 lettera b e comma 2 lettera c del D.Lgs. 81/2008.

Resto in attesa di conoscere, entro il più breve tempo possibile, il luogo e la data della suddetta visita .

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

(Firma)