Al Direttore della
S.O.C. Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine
Dipartimento di Prevenzione
Via Chiusaforte n.2 - 33100 UDINE
Fax 0432 553910

OGGETTO: RICORSO EX ART. 41 D. Lgs. 81/2008

Il /La sottoscritto/a sig./sig.ra _____

datore di lavoro/ rappresentante legale della ditta _____

CF																

P.IVA											

Con sede a _____

Via/Piazza _____ n° _____

TEL /cell _____

Indirizzo mail _____

PREMESSO

- che il/la dipendente _____

nato/a _____ (Prov.) Il _____

residente a _____ (Prov.) CAP _____

via/Piazza _____

assunto dal _____ con la mansione di _____

- che ai sensi dell'art. 41 del D.Lgs. 81/2008 il medico competente della ditta/società
dott. _____

ha effettuato in data _____ l'accertamento preventivo / periodico;

- che in data _____ è stato comunicato per iscritto allo/a scrivente il giudizio allegato alla presente (allegato n. 1);

RITENUTO

che (*esposizione dei motivi del ricorso*) _____

_____

_____

ricorre avverso il citato giudizio ai sensi dell'art. 41 del D.Lgs. 81/2008.

Si allega:

1. giudizio di idoneità del M.C.
2. ricevuta del versamento, a favore dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, dell'importo di Euro 154,96 per l'esame del ricorso avverso il giudizio di idoneità espresso dal medico competente

Luogo e data, _____

_____

FIRMA

MODALITA' DI VERSAMENTO DELLA TARIFFA:
"Voce 62 del tariffario regionale delle prestazioni rese dalle Aziende sanitarie regionali, approvato con Decreto del Presidente della Regione 19 dicembre 2013, n. 0252/Pres." corrispondente ad un importo di 154,96 euro che il datore di lavoro deve versare all'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine.
Il versamento potrà essere effettuato con una delle seguenti modalità:
-tramite c/c postale n. 10003333 intestato all' Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine – Servizio di Tesoreria – 33100 Udine – causale: "esame del ricorso avverso il giudizio di idoneità espresso dal medico competente";
-tramite bonifico bancario intestato all'Az. Sanitaria Univ. Integrata di Udine – Servizio di Tesoreria presso Unicredit Banca S.p.A. – cod. IBAN: IT38O0200812310000103533410 - causale: "esame del ricorso avverso il giudizio di idoneità espresso dal medico competente".