

RICORSO
avverso il giudizio di idoneità formulato dal medico competente
ai sensi dell' art. 41, comma 9 del D.Lgs. 81/08

Il /La sottoscritto/a (Cognome) (Nome)

nato/a il a

in qualità di Datore di Lavoro ai sensi del D.Lgs. 81/2008 art. 2 c. 9,

della ditta/società

con sede in (indirizzo completo)

Telefono PEC

RICORRE

avverso il giudizio di idoneità formulato in data dal Medico Competente nei confronti del/la

proprio/a dipendente sig./ra_COGNOME NOME

con mansione di .

Di tale ricorso il/la dipendente, sig./ra é stato/a avvisato/a in data come da nota sotto riportata. Nel rispetto del Regolamento UE 2016/679, mi impegno a trasferire direttamente agli operatori APSS la documentazione necessaria al ricorso, con rispetto della privacy del dipendente. A tale fine, e nel rispetto del segreto professionale medico, i documenti sanitari dovranno essere trasmessi a U.O. Prevenzione Sicurezza Ambienti Lavoro **direttamente dal Medico Competente**.

Luogo e data

FIRMA DEL DATORE DI LAVORO

Con la presente, io sottoscritto/a , letto quanto sopra riportato, prendo atto del ricorso presentato a cura del mio datore di lavoro e autorizzo gli operatori dell'APSS a contattarmi al seguente numero telefonico

e ad inviare la convocazione al seguente indirizzo

Luogo e data

FIRMA DEL LAVORATORE

Alla presente domanda, trasmessa anche per via telematica a uopsal@pec.apss.tn.it, **dovranno essere allegati** i seguenti documenti, **senza i quali non verrà** istruita la pratica:

(1) Giudizio di idoneità del Medico Competente	A cura del datore di lavoro
(2) Estratto Documento di Valutazione dei Rischi integrale relativo al profilo interessato	A cura del datore di lavoro
(3) Relazione del Medico Competente relativo al giudizio di idoneità oggetto del ricorso	A cura del Medico Competente
(4) Ricevuta di versamento di € 46.50. Il pagamento può essere effettuato presso qualsiasi sportello Cassa di APSS - codice cassa 022001-, oppure utilizzando il sistema PagoPA collegandosi al sito http://pagopa.apss.tn.it , selezionando nella casella "Altre tipologie di pagamento" la voce "RICORSO AVV. GIUDIZIO DEL MEDICO COMPETENTE" inserendo tutti i dati richiesti.	A cura del datore di lavoro