

**AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO
ISONTINA
AL RESPONSABILE DELLA S.C.P.S.A.L.
RICORSO EX ART. 41 C.9 D.LGS. 81/08 E S.M.I.**

Il sottoscritto _____
nato il _____, a _____
residente a _____, in via _____ n° _____
telefono _____ cell _____

premessò

- che il medesimo è dipendente con la qualifica di _____
presso la ditta/società denominata _____ con sede in
_____ via _____

oppure, (nel caso di ricorso del datore di lavoro)

- che è legale rappresentante della ditta/società _____
- con sede in _____
- via _____;

- che ai sensi dell'art. 41 del D.Lgs. 81/08 il medico competente della ditta/società
_____ ha effettuato, in data _____, l'accertamento
sanitario;

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

- ritenuto che (*esposizione dei motivi del ricorso*) _____

(SI PUO' ALLEGARE OGNI DOCUMENTAZIONE DI CARATTERE SANITARIO RITENUTA UTILE)

- Presenta ricorso avverso il citato giudizio ai sensi dell'art. 41 del D.Lgs. 81/08

Si allega:

- 1) giudizio del M.C.
- 2) documentazione medica
- 3) altro

Luogo e data, _____

FIRMA

**SOLO PER IL DATORE DI LAVORO - MODALITA' DI VERSAMENTO DELLA TARIFFA
DIETRO PRESENTAZIONE DI FATTURA:**

“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 Euro 154,96 che il datore di lavoro deve versare
all'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina ASUGI
bonifico bancario sul conto corrente IBAN IT06D0306912344100000046103, presso
Banca Intesa Sanpaolo filiale Via del Monte, 1 - 33100 Udine. Causale: “Esame del ricorso
avverso il giudizio di idoneità espresso dal medico competente”.