

AL MEDICO COMPETENTE

Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

UFFICIO UNICO DELLA SICUREZZA

ASP COSENZA

(modello da inviare tramite mail aziendale  
al Medico Competente)

**OGGETTO: Richiesta di visita medica ai sensi del D.Lgs 81/2008, art. 41, comma 2, lett. E-ter e succ. mod e int. Legge n. 203 del 13/12/2024 (disposizioni in materia di lavoro) (visita medica precedente alla ripresa dal lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai 60 giorni continuativi, qualora sia ritenuta necessaria dal medico competente al fine di verificare l'idoneità alla mansione).** In caso contrario il M.C. è comunque tenuto ad esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

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

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

dipendente di questa Azienda Sanitaria con la qualifica/mansione di \_\_\_\_\_

in servizio presso il Presidio Ospedaliero/Distretto di \_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_

facendo seguito alla richiesta in oggetto, inoltrata dall'Ufficio Risorse Umane e/o la Direzione Sanitaria del

Presidio/Distretto di \_\_\_\_\_

con P.G. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

elenca le proprie patologie

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, lì, \_\_\_\_\_

Il datore di lavoro o suo delegato

\_\_\_\_\_