

mail  pec  fax  consegna a mano

Spett. AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA  
Dipartimento di Prevenzione - SPISAL

**RICHIESTA DEL DATORE DI LAVORO DI VISITA MEDICA PREASSUNTIVA**

**ex D. Lgs 81/08 art. 41 c. 2 lett. e-bis e c. 2bis**

IL SOTTOSCRITTO (cognome e nome) \_\_\_\_\_

LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA DITTA \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO (via e numero) \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

ESERCENTE L'ATTIVITÀ DI \_\_\_\_\_

**RICHIEDE LA VISITA MEDICA ED EVENTUALI ACCERTAMENTI INTEGRATIVI PER IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ SPECIFICA**

ALLA MANSIONE DI \_\_\_\_\_

per il Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**A tal fine dichiara**

la valutazione del rischio ha evidenziato i seguenti rischi lavorativi per i quali la sorveglianza sanitaria è obbligatoria:

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

Le spese relative alla visita e agli accertamenti sono a **carico del datore di lavoro**

TIMBRO DELLA DITTA E FIRMA

DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

DATA