



Sede legale: Via G. Cusmano, 24
90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Spett. le UOC Medicina Legale
ASP Palermo
Via Mariano Stabile n.261
90141 - Palermo

Oggetto: Richiesta visita medica ai sensi dell'art. 5 della Legge 300/70

Il sottoscritto/a
Datore di lavoro/Legale rappresentante della ditta/azienda
..... sita
a in via.....
P.Iva/C.F.....Tel.....
PEC.....

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 5 della Legge 300/70la

valutazione dell'idoneità fisica al lavoro per il dipendente
sig./sig.ra.....,
nato/a(prov.) in data/...../.....
residente a(prov.....)
in viaN°.....
cell..... mail/pec
assunto/a con il seguente inquadramento contrattuale:
categoria professionale
mansione
qualifica.....
Normativa o CCNL di riferimento.....
Luogo e data,

Firma del legale rappresentante della ditta/azienda

.....

Si allegano alla presente:

- Breve relazione con le motivazioni per cui viene richiesto l'accertamento sanitario;
- Eventuale cartella sanitaria e di rischio del Medico Competente con giudizio di idoneità/inidoneità
- Declaratoria contrattuale