



Inviare il pdf del modulo compilato/firmato esclusivamente all'indirizzo email: sorvsan@aou-careggi.toscana.it

Firenze, _____

**Gestione Sorveglianza Sanitaria
Medici Competenti/Autorizzato
UO Medicina del Lavoro**

SI RICHIEDE

che il lavoratore/studente _____ matricola _____

Qualifica _____ Corso di Laurea _____

recapito telefonico personale _____ e-mail _____@_____

venga sottoposto a visita di sorveglianza sanitaria per i seguenti fini:

VISITA MEDICA SU RICHIESTA DEL LAVORATORE/STUDENTE

Il sottoscritto chiede di essere sottoposto a visita medica ai sensi dell'art. 41 comma 2 lettera c) del D.Lgs 81/2008 ai fini della valutazione dell'idoneità lavorativa, per modificazioni dello stato di salute correlate ai rischi professionali. Il sottoscritto specifica le motivazioni separatamente via e-mail all'indirizzo sorvsan@aou-careggi.toscana.it e allega eventuali documenti medici a supporto che giudica possano essere ritenuti utili all'accoglimento della richiesta.

Il lavoratore/studente

VISITA MEDICA IN CASO DI ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE SUPERIORE A 60 GG.

Il Resp (Preposto)/DAF/Dirigente
