

All'Unità Operativa Medicina Legale
Azienda USL della Romagna
Ambito Territoriale di

OGGETTO: Modulo per richiesta accertamento sanitario ai sensi dell'Art.8 comma 3 D.Lgs.
15/06/2015 n. 81

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____

Nato/a a _____ il _____ e residente a _____

In Via _____ n. _____ tel. _____ dipendente di codesta Azienda USL

Presso _____ Dipartimento _____

Ambito territoriale di _____ in qualità di _____

CHIEDE

di essere sottoposto/a agli accertamenti medico legali da parte della Commissione Medica competente, come previsto dell'Art.8 comma 3 D.Lgs. 15/06/2015 n. 81, essendo interessato/a, nel caso di esito positivo, alla trasformazione del contratto di lavoro da tempo pieno a part time, in quanto affetto/a da:

- patologia oncologica
- grave patologia cronico-degenerativa ingravescente

con ridotta capacità lavorativa, eventualmente anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita.

Dichiara di:

- presentare per la prima volta la domanda presentare la domanda per revisione del precedente analogo accertamento sanitario
- aver presentato domanda di invalidità civile in data _____ non aver presentato domanda di invalidità civile
- di farsi assistere da un medico di fiducia di non farsi assistere da un medico di fiducia
- di allegare la documentazione specialistica in fotocopia

Distinti saluti

Data _____ (firma) _____