

(Denominazione Ente o datore di lavoro)

Via / Piazza n°

C.A.P..... Città Provincia

Codice fiscale Partita IVA

Telefono n° Fax n°

Prot. n° del

All' AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE VITERBO
MEDICINA LEGALE AZIENDALE
Via Enrico Fermi, 15
01100 Viterbo
Tel n° 0761237619

**Ai sensi dell'art. 5 della Legge n. 300/70 si chiede la verifica della capacità lavorativa residua
per il / la dipendente**

Cognome Nome

Via / Piazza n°

C.A.P..... Città Provincia

Telefono n° Qualifica

..... attualmente in servizio.

Si allega in copia fotostatica:

- 1) ultimo giudizio di idoneità redatto dal medico competente nel caso di lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria;
- 2) mansionario e relativa declaratoria;
- 3)

.....
TIMBRO E FIRMA