

Al Medico Competente

Oggetto: **RICHIESTA DI VISITA MEDICA AI SENSI DEL D.LGS 81/2008 (ART.41,COMMA 2,LETTERA C).**

Con la presente il/la sottoscritto/a _____

dipendente di _____ matricola _____

cellulare _____ e-mail _____

con la mansione di _____ chiede di essere

sottoposto/a a visita medica da parte del Medico Competente in relazione al seguente rischio lavorativo:

movimentazione manuale carichi

posturale ergonomico

biologico

attività con utilizzo di videotermini

stress lavoro correlato

altro rischio _____

In attesa di un Vs. riscontro si porgono distinti saluti.

Luogo

Data

Firma