

**RICORSO AVVERSO IL GIUDIZIO DEL MEDICO COMPETENTE  
AI SENSI DELL'ART 41 c. 9 D. Lgs. 81/08**

Spett.le A.S.L. RM/A  
Commissione Avverso  
Giudizio Medico Competente  
Fax 06/7730.4416

Il sottoscritto.....  
nato il .....a .....  
residente a.....inVia/Piazza.....  
dipendente della Ditta .....  
con la qualifica di.....  
con sede in.....Via/Piazza.....tel.  
.....

è stato sottoposto a visita medica presso il Medico Competente aziendale e che in data .....  
è stato comunicato per iscritto allo scrivente il giudizio allegato alla presente.

Ricorre contro tale giudizio poiché ritiene che .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Si allega:

1. Giudizio del Medico Competente
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

Roma,

FIRMA