



Alla c.a
del Medico competente di Ateneo

medico.competente@uniud.it

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
D.Lgs. 81/2008, art. 25, comma 1, lettera h)

Il/la richiedente

(cognome e nome) _____

in servizio presso _____

telefono _____

chiede copia della propria documentazione sanitaria:

- copia dell' idoneità alla mansione specifica
- copia degli esami e accertamenti specialistici
- copia della cartella sanitaria e di rischio

con la seguente motivazione:

Luogo e data _____

Firma
