RICHIESTA VISITA DEL MEDICO COMPETENTE

All' Ufficio Prevenzione e Protezione
Settore Medicina del Lavoro
Via Lorenteggio, 266 - Milano
E-mail: medicinadellavoro@intesasanpaolo.com

Filiale/Stabile di:……..

Codice Unità Organizzativa:…….

Città:……

Indirizzo:……

Il sottoscritto dipendente:
(nome, cognome)…….

il quale effettua la seguente attività:
(descrizione sintetica dell'attività)……

……

……

……

ritenendo che tale attività possa comportare i seguenti rischi professionali:
(descrizione sintetica dei rischi)

……

……

……

in relazione alla propria situazione sanitaria correlata ai rischi professionali, **richiede** la visita da parte del Medico Competente.

Si riserva di far visionare documentazione medico sanitaria al medico competente e allo specialista che sarà eventualmente da questi indicato.

data firma

Nota Bene: nel caso in cui, nella descrizione sintetica dei rischi, sia indicato il sospetto di possibili alterazioni alla funzione visiva, di regola la visita medica sarà preceduta da visita specialistica oftalmologica.