

Alla
UOSD Medicina del Lavoro

Oggetto: Richiesta di visita straordinaria presso il servizio di Medicina del Lavoro da parte del Lavoratore

Il/la sottoscritto/a _____ matricola _____,
telefono cellulare _____, in servizio presso la Struttura/Reparto
(UOC / UOSD / UOS, etc.) _____,
in qualità di _____, n. tel. servizio _____

CHIEDE

di essere sottoposto a visita straordinaria presso il servizio di Medicina del Lavoro per sopraggiunti problemi di salute.

Distinti saluti.

Data _____

Firma del lavoratore

Per presa visione del Responsabile della Struttura/Reparto (UOC / UOSD / UOS, etc.)

Data _____

Firma del Responsabile _____