

*Al Medico Competente Coopselios s.c.
Dott. Massimo Piccoli – CADIAI SAFE
C/O Ambulatorio Zanardi
Via Zanardi, 6
40131 Bologna
E-mail p.divirgilio@cadi.ai.it*

OGGETTO: "Richiesta di visita medica correlata ai rischi professionali"

Il/la sottoscritto/a _____ lavoratore Coopselios presso la
struttura _____ di _____
con mansione di _____ Tel. Personale _____
chiede

di essere sottoposto/a a visita medica, ai sensi dell'art. 41. I° comma, lett.b) del D.Lgs 81/08 per i
seguenti motivi:

A tale scopo allega la seguente documentazione:

Data _____

Firma _____

**Il richiedente deve inviare questo documento via fax; eventuali allegati vanno invece
spediti in busta chiusa all'indirizzo sopra indicato.**