

MODULO
per inoltrare RICORSO ex art. 41 comma 9 dlgs 81 / '08
da parte del DATORE DI LAVORO (o suo delegato)

_____, ___/___/20__

ASL AL
 Organo di Vigilanza
 S.Pre.S.A.L.
 Via Venezia, 6
 15121 - Alessandria

OGGETTO: ricorso avverso il giudizio di idoneità alla mansione specifica.

| | | | |
|---|--|-----------------|----------------|
| IL/LA SOTTOSCRITTO/A (COGNOME - NOME) | | | |
| NATO/A A | | | il ___/___/___ |
| RESIDENTE IN | | VIA/PIAZZA/ECC. | n° |
| RECAPITI TELEFONICI | | | |
| INDIRIZZI DI POSTA ELETTRONICA | | | |
| IN QUANTITÀ DI (IN CASO DI SOGGETTO DELEGATO ANDRÀ ALLEGATA COPIA DELLA DELEGA) | <input type="checkbox"/> datore di lavoro <input type="checkbox"/> delegato del datore di lavoro <input type="checkbox"/> altro → → _____ | | |

rivolge istanza di ricorso ex art. 41 comma 9 dlgs 81/08 avverso il giudizio di idoneità alla mansione specifica datato ___/___/20__, ricevuto il ___/___/20__ e relativo alla visita medica effettuata il ___/___/20__ dal dr. _____ precisando che si trattava di visita (**barrare il corrispondente**) : preassuntiva preventiva periodica richiesta dal lavoratore
 per cambio mansione dopo assenza > 60 giorni _____

Senza entrare nel merito di aspetti sanitari, si specifica che **il ricorso viene inoltrato poiché si ritiene che:** (barrare il corrispondente)

vista la mansione, le prescrizioni / limitazioni rendano scarsamente utilizzabile il lavoratore con ciò configurandosi di fatto un'inidoneità.

il rispetto delle prescrizioni / limitazioni comporta modifiche organizzative che per vari aspetti risultano impraticabili.

preso atto del comportamento / rimostranze / frequenti assenze del lavoratore sorgono dubbi che possa effettivamente svolgere la mansione specifica assegnata.

non sia ben correlato ai fattori di rischio caratterizzanti la mansione specifica svolta.

SI FORNISCONO:

- 1) COPIA DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ OGGETTO DI RICORSO
- 2) SINTETICA RELAZIONE DESCRITTIVA DELLE REALI ATTIVITÀ SVOLTE DAL LAVORATORE
- 3) TABELLA RIEPILOGATIVA CON INDICATI TIPOLOGIA ED ENTITÀ DEI FATTORI DI RISCHIO OBBLIGANTI ALLA SORVEGLIANZA SANITARIA A CUI È ESPOSTO IL LAVORATORE
- 4) COPIA DEL PROVVEDIMENTO DI NOMINA MEDICO COMPETENTE (MC)

ULTERIORI INFORMAZIONI / DATI UTILI: no si → _____

OMPRESIONE LINGUA ITALIANA (ovviamente, solo per lavoratori stranieri) → scarsa sufficiente

Il sottoscritto si impegna ad informare tempestivamente lavoratore e MC della presentazione di questo ricorso.

IL RICORRENTE (O IL DELEGATO)

INFORMAZIONI / INDICAZIONI PER IL RICORRENTE

- Per motivi legati a tempi tecnici di istruttoria, di regola non verranno accolti ricorsi avverso giudizi di idoneità di validità uguale o inferiore a 30 giorni.
- Qualora non ricorressero le condizioni di base (ad es. se il giudizio di idoneità fosse relativo a visita NON costituente SORVEGLIANZA SANITARIA ex art. 41 dlgs 81/08 ma riferibile ad es. a "promozione della salute", "capacità di lavoro", idoneità fisica ex art. 5 L 300/70, ecc.) l'istanza di ricorso probabilmente verrebbe respinta dandone comunicazione al ricorrente.
- **È INDISPENSABILE allegare i 4 documenti indicati nelle ultime righe della pagina precedente; la mancanza anche di uno solo potrà comportare il rigetto del ricorso** (per la tabella → v. pagina seguente).
- **Questo modulo debitamente compilato e comprensivo di allegati va inviato per posta** all'indirizzo già indicato **OPPURE** a aslal@pec.aslal.it **OPPURE** a spresal@aslal.it **OPPURE** al fax al n° 0131306866 (**OPPURE consegnato a mano** dall'interessato presso gli uffici SPreSAL → è meglio prima telefonare al n° 0131 306903 / 6668).
- **Andranno forniti idonei recapiti del lavoratore** (estremi, indirizzo per corrispondenza, numeri telefonici, PEC, indirizzo di posta elettronica ordinaria).
- Se il lavoratore non si presentasse ad una convocazione effettuata per vie brevi (telefono / @) verrebbe riconvocato con Racc. RR o tramite Pec e, se nuovamente non si presentasse, l'istanza verrebbe archiviata annotando che "il lavoratore non si è presentato a visita" (e di ciò verrebbe data comunicazione a lavoratore, datore di lavoro e MC). In caso di giustificati motivi personali (ad es. malattia, ecc.) che impediscano di presentarsi a visita, il lavoratore deve tempestivamente comunicarlo ai recapiti indicati in occasione della convocazione a visita oppure a spresal@aslal.it o al n° ☎ 0131 306903 / 6866 oppure tramite fax al n° 0131 306866.
- **Prima** che l'ORGANO DI VIGILANZA (OdV) comunichi l'esito del ricorso, il ricorrente ha facoltà di ritirare / annullare l'istanza di ricorso inviando comunicazione scritta (→ v. modulo ultima pagina) ad uno degli indirizzi già indicati (ASL AL SPreSAL – Via Venezia 6, 15121 Alessandria - spresal@aslal.it - aslal@pec.aslal.it - fax 0131 306866) oppure presentandosi di persona con documento di identità (in quest'ultimo caso prima è meglio ☎ 0131 306903 / 6866)
- Fino al momento in cui l'OdV comunica l'esito del ricorso, ha validità il giudizio di idoneità oggetto di ricorso.
- Il giudizio dell'OdV verrà disposto nel più breve tempo possibile e comunque di regola non oltre 30 giorni dal ricevimento dell'istanza di ricorso; in certi casi i tempi potrebbero aumentare: A) qualora l'OdV prescrivesse ulteriori accertamenti sanitari necessari a definire il caso; B) in caso di mancata presentazione del lavoratore a convocazione o agli ulteriori accertamenti sanitari prescritti; C) in caso di mancata o intempestiva fornitura della documentazione richiesta alla ditta / MC; D) in casi di **forza maggiore** come malattia, invio del lavoratore in trasferta, ecc. ecc. (casi che andranno comunicati e/o documentati a richiesta dell'OdV).
- Avverso il giudizio di idoneità disposto dall'OdV, è possibile ricorrere al T.A.R., ai sensi della L. 1034/71 così come modificato dal D. Lgs. 104/2010 s.m. ed i. nei termini di 60 gg. ed entro 120 giorni con ricorso amministrativo straordinario dinanzi al Presidente della Repubblica dalla notificazione all'interessato innanzi al giudice del lavoro.

TABELLA 1 1/_

Devono risultare ben chiari i **livelli di esposizione** personale del lavoratore ai vari fattori di rischio nonché i **metodi di valutazione** utilizzati. Per alcuni FdR si sono previste più sezioni poiché a volte vengono valutati con più metodiche. **N.B.** le sezioni relative a FdR a cui NON fosse esposto il lavoratore o NON richiesti, non sono da compilare (eventualmente indicare "non presente").

Se per ragioni di spazio questa tabella non fosse sufficiente → duplicarla / integrarla e numerarla in alto a destra (1/3, 2/3, 3/3, ecc.);

| FATTORI DI RISCHIO (FdR) inerenti la mansione specifica _____ svolta da _____ | IN ESSERE AL __/__/202__ (DATA DEL GIUDIZIO DI IDONEITÀ OGGETTO DI RICORSO) E RELATIVI LIVELLI DI ESPOSIZIONE PERSONALI ai FdR |
|--|---|
| ESEMPIO DI COMPILAZIONE : RUMORE livello esposizione personale come Lex d/w (Lep) dBA | 80 - 85 |
| VIBRAZIONI MANO-BRACCIO livello esposizione personale in m/sec ² | |
| VIBRAZIONI CORPO INTERO livello esposizione personale in m/sec ² | |
| MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI 1 (SOLLEVAMENTO) metodo di valutazione utilizzato _____ | |
| MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI 2 (TRAINO SPINTA) metodo di valutazione utilizzato _____ | |
| MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI 3 metodo di valutazione utilizzato _____ | |
| SOVRACCARICO BIOMECCANICO ARTI SUPERIORI metodo di valutazione utilizzato _____ | |
| POSTURA / SOVRACCARICO BIOMECCANICO SEGMENTI CORPOREI metodo di valutazione utilizzato _____ | |
| AGENTI CHIMICI metodo di valutazione utilizzato _____ risultanze per la salute: rischio <i>non rilevante / rilevante</i> | |
| AGENTI BIOLOGICI specificare tipo di agente biologico e se a seguito della VdR è emersa la necessità di attivazione sorveglianza sanitaria (si/no) | |
| STRESS LAVORO CORRELATO livello esposizione personale | |
| ALTRO: | |

_____, __/__/____

Il Datore di Lavoro

_____, __/__/20__

ASL AL
Organo di Vigilanza
presso S.Pre.S.A.L.
Via Venezia, 6
15121 – Alessandria

aslal@pec.aslal.it

spresal@aslal.it

fax 0131 306866

OGGETTO: ritiro / annullamento istanza ricorso ex art. 41 comma 9 dlgs 81/08.

In relazione all'istanza di ricorso presentata il __/__/2020 avverso il giudizio di idoneità alla mansione specifica datato __/__/2020, ricevuto il __/__/2020 e relativo alla visita medica effettuata il __/__/2020;

poiché (barrare il corrispondente): c'è stato un ripensamento

si sono determinate nuove circostanze

il/la sottoscritt_ _____ con la presente ritira / annulla l'istanza di ricorso in argomento.

Distinti saluti

firma