

Spett.le Medico Competente

Via _____

Città _____

OGGETTO: Richiesta informazioni in merito alla sorveglianza sanitaria

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di Rappresentante dei Lavoratori
per la Sicurezza dell'Azienda _____ con sede in
_____ via _____
nell'ambito delle proprie attribuzioni (art. 50 D.Lgs. 81/2008)

CHIEDE

informazioni:

- sul significato degli accertamenti sanitari cui sono sottoposti i lavoratori;
- sui risultati anonimi collettivi degli accertamenti clinico sanitari effettuati e sul significato degli stessi.

In fede

Luogo e data _____

Il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza
