

**AL DIRETTORE DEL  
DIPARTIMENTO RISORSE UMANE  
AZIENDA USL DI FERRARA**

**Oggetto: richiesta di visita di idoneità alle mansioni**

**Il/La sottoscritto/a Sig./a \_\_\_\_\_**

**dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda USL di Ferrara nel profilo  
professionale**

**di \_\_\_\_\_**

**In servizio presso la Sede di \_\_\_\_\_**

**del Servizio di \_\_\_\_\_**

**chiede**

**di essere sottoposto/a a visita medica da parte del Servizio Prevenzione e  
Protezione al fine di accertare l'idoneità fisica alle mansioni, ai sensi dell'art.16  
del D. Lgs. n.626/94.**

**Il/La sottoscritto/a allega alla presente n. \_\_\_\_\_ certificati medici (in  
fotocopia) attestanti il quadro clinico, con riserva di produrre ulteriore  
documentazione al momento della visita.**

**Distinti saluti.**

**In fede**

**Ferrara,**

\_\_\_\_\_