



**MODULO S-VP
COMUNICAZIONE DI IMPOSSIBILITÀ DI SOTTOPORSI ALLA VISITA PERIODICA
PREVISTA DAL PIANO DI SORVEGLIANZA SANITARIA**

Data _____

- Denominazione struttura: _____
-

- Sezione: _____

- Indirizzo: _____

Con la presente,
il sottoscritto/a _____

DICHIARA

Che è impossibilitato a sottoporsi a visita medica periodica prevista per il
giorno _____ presso la struttura _____
per motivi personali.

Per ottemperare agli obblighi di legge (art. 20 comma 1 D.Lgs 106/2009) il sottoscritto
effettuerà la visita medica periodica prevista alla successiva convocazione.

Firma del Direttore della struttura: _____

Firma del Responsabile della Attività
Didattica e di Ricerca in Laboratorio: _____

Firma del Lavoratore: _____