



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

da inviare alla seguente casella di posta elettronica [prevenzione.sicurezza@uninsubria.it](mailto:prevenzione.sicurezza@uninsubria.it)

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: \_\_\_\_\_