**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

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 i 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_