|  |  |
| --- | --- |
|  | **REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO - VASTO – CHIETI**  **UOC PREVENZIONE E PROTEZIONE**  **Direttore ff. Dott. Rocco Mangifesta**  **UFFICIO DEL MEDICO COMPETENTE**  Sede di Chieti Tel 0871.358023/358848  Sede di Lanciano Tel. 0872.706436/706694  Sede di Vasto Tel. 0873.308247  Sede di Ortona Tel085.9172378  e-mail sorveglianza.sanitaria@asl2abruzzo.it |

**Visita su richiesta al Medico Competente**

(Articolo 41, comma 1, Decreto Legislativo 81/2008)

Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presidio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U.O./Servizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data della richiesta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*INVIARE LA RICHIESTA ALLA MAIL sorveglianza.sanitaria@as2abruzzo.it*