

Oggetto: istanza di valutazione ai sensi dell'art. 13 Legge 274/91

Io sottoscritto/a _____
datore di lavoro della ditta _____ sede di _____
via _____

**chiedo la valutazione dello stato di inabilità totale e permanente
a qualsiasi lavoro proficuo**

(nome e cognome) _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____
con la mansione di _____

dichiaro che

Il medico competente (se nominato) è _____

Sono informato del costo della prestazione pari a 148€ e che eventuali accertamenti, se necessari, saranno a mio carico. I dati per la fatturazione sono i seguenti:

P-I. o C.F. _____ Indirizzo _____
Ragione sociale _____
Cap _____ Comune _____

Si allega:

1. Valutazione del Medico competente ex Dlgs 81/2008 (giudizio di idoneità alla mansione specifica formulata dal Medico competente, se presente);
2. Documentazione sanitaria relativa alla patologia/e;

Data _____ Firma e Timbro _____