

Responsabile CPD
.....

Responsabile RAM 4
Verona

Responsabile RUSG RAM 4
Verona

Responsabile ALT Veneto
Mestre

Oggetto: richiesta di visita medica art. 5 legge 300/1970

Il sottoscritto dipendente di Poste Italiane S.p.A.
dall'anno , in servizio presso il (CPD/CSD ecc.) di
con il livello professionale (D, C, ecc.): figura professionale (portalettere junior, senior ecc.):
..... atteso che il medico curante ha attestato una patologia limitativa della
capacità lavorativa in modo

(*) temporaneo per giorni (oppure) definitivo ,

ad alcune mansioni della figura professionale di appartenenza (D,C ecc.) (oppure) a tutte le
mansioni della figura prof. di appartenenza (oppure) a tutte le mansioni di tutte le figure di ogni livello
professionale ,

CHIEDE

di essere assegnato a mansioni compatibili con lo stato di salute indicato nel certificato medico allegato.

Fornisce i seguenti dati:

Domicilio

Telefono..... E-Mail

Indirizzo del dipartimento di **medicina legale** della Azienda USL di appartenenza in base al
domicilio

Ai fini della presente istanza, autorizza Poste Italiane S.p.A. al trattamento dei dati sensibili che lo riguardano.

E' consapevole che la normativa di riferimento, di cui ne conosce il contenuto, è:

1. art. 5, 3° comma L. 20.5.70, n. 300
2. artt. 40 e 77 del CCNL

Distinti saluti.

Verona,

.....
(firma)

(*) sbarrare le sole caselle che si riferiscono al proprio caso