

# RICHIESTA VISITA DEL MEDICO COMPETENTE

**All' Ufficio Prevenzione e Protezione  
Settore Medicina del Lavoro  
Via Lorenteggio, 266 - Milano  
E-mail: [medicinadellavoro@intesasanpaolo.com](mailto:medicinadellavoro@intesasanpaolo.com)**

Filiale/Stabile di:.....

Codice Unità Organizzativa:.....

Città:.....

Indirizzo:.....

Il sottoscritto dipendente:  
(nome, cognome).....

il quale effettua la seguente attività:  
(descrizione sintetica dell'attività).....

.....  
.....  
.....

ritenendo che tale attività possa comportare i seguenti rischi professionali:  
(descrizione sintetica dei rischi)

.....  
.....  
.....

in relazione alla propria situazione sanitaria correlata ai rischi professionali, **richiede** la visita da parte del Medico Competente.

Si riserva di far visionare documentazione medico sanitaria al medico competente e allo specialista che sarà eventualmente da questi indicato.

data

firma

-----

-----

**Nota Bene:** nel caso in cui, nella descrizione sintetica dei rischi, sia indicato il sospetto di possibili alterazioni alla funzione visiva, di regola la visita medica sarà preceduta da visita specialistica oftalmologica.