

Spett. le AsFO  
Dipartimento di Prevenzione  
S.C. Ambienti di Lavoro  
Via della Vecchia Ceramica, 1  
33170 PORDENONE  
PEC: [asfo.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:asfo.protgen@certsanita.fvg.it)

**Oggetto: Richiesta visita medica ai sensi dell'art. 5 della Legge 300/70.**

Il sottoscritto/a.....  
Datore di lavoro della ditta .....  
sita a ..... in via.....  
P.Iva/C.F.....  
Tel.....  
PEC.....

**CHIEDE**

Ai sensi dell'art. 5 della Legge 300/70 una valutazione dell'idoneità fisica al lavoro  
per il/la sig.r/ra.....  
dipendente della ditta con la mansione di .....  
nato/a .....(.....)il...../...../.....  
e residente a .....  
in via.....N°.....  
tel. ....cell.....  
Data.....

Firma

.....

**Allegati:**

- Copia estratto valutazione dei rischi relativa alla mansione svolta dal lavoratore
- Eventuale giudizio del Medico Competente
- Altro