

**Al Magnifico Rettore
Ufficio personale docente/non docente
Servizio di Prevenzione e Protezione
Al Direttore del Dipartimento
Università degli Studi della Tuscia di
Viterbo**

LL.SS

La sottoscritta _____
in qualità di _____
svolgendo la propria attività presso

Laboratorio/Ufficio n° _____

Tel. Interno _____

Cellulare _____

INFORMA, ai sensi del *D.Lvo 151/01, art.6, comma 1 e dell'art.8, comma 2*, **il Datore di Lavoro**

per il seguito di competenza.

Allega alla presente il certificato medico rilasciato dal Medico Specialista Sanitario Nazionale o con esso convenzionato.

Viterbo,

Firma