MEDICINA del LAVORO

Data .....

Nome Azienda .....

Certificato di sopralluogo negli ambienti di lavoro (DLgs 81/08 art.25 comma 1 lettera L)

Il sottoscritto Dr. ..... nominato come Medico Competente della vostra Azienda, ha eseguito in data odierna il sopralluogo degli ambienti di lavoro, presso la sede di Via …..... Città .....

☐ dal sopralluogo **non sono emerse indicazioni preventive di rilievo**

☐ dal sopralluogo sono emerse le seguenti indicazioni:

RSPP o Resp. Azienda

Firma .....

Medico Competente

Firma .....