

Timbro Azienda o Carta intestata

Data

Io sottoscritto in qualità di legale rappresentante

della società

con sede Legale a

Codice Fiscale

P.IVA

Indirizzo PEC

Codice ATECO

NOMINA MEDICO COMPETENTE ai sensi dell'art. 18 comma 1 lettera A del D.Lgs. 81/08

il Dott come medico competente UNICO

in qualità di libero professionista, in possesso dei requisiti di cui all'art. 38 del D.Lgs 81/08 e s.m.i.

dal

per la/e sede/i di

che si assume la responsabilità degli incarichi e delle attività come da articoli n. 25 e n.41 del D.Lgs. 81/08.

La nostra società, con la presente, si impegna a collaborare con il medico competente per la realizzazione dei compiti sopracitati negli articoli di legge e a comunicare tempestivamente:

- I mutamenti nelle condizioni lavorative tali da modificare i rischi professionali
- I cambiamenti nelle mansioni assegnate ai dipendenti
- L'ingresso di nuovi lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria e l'eventuale cessazione
- Il risultato delle indagini sui rischi professionali

Ai sensi dell'art. 25 comma c, del D.lgs. 106/2009, il medico competente concorda con il datore di lavoro che la cartella sanitaria di rischio, verrà custodita presso l'azienda in luogo sicuro e chiuso a chiave. La chiave dev'essere in possesso del solo datore di lavoro o di un suo delegato con nomina formale. L'originale di tale documentazione dev'essere conservata dalla cessazione del rapporto di lavoro con il lavoratore per almeno dieci anni.

Ai lavoratori, onde ottemperare all'obbligo di informazione previsto dall'art. 25 comma e, f, h del DLgs 81/08, verrà consegnata copia di ogni accertamento diagnostico-sanitario e del giudizio di idoneità.

Firma
del Datore di Lavoro

Firma per accettazione
del Medico Competente
