

Timbro Azienda o Carta intestata

Data

Spett.le:

Dott.....

.....

Oggetto: Revoca nomina Medico Competente

Il sottoscritto, in qualità di Titolare/Legale Rappresentante dell'Azienda in intestazione, le comunica la revoca dell'incarico di Medico Competente per la/e sede/i di

con decorrenza dal/...../.....

per cui cessano gli obblighi di Legge per la Sua attività professionale.

La ringrazio per la collaborazione intercorsa, porgo cordiali saluti.

Firma
