NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE NEI CASI IN CUI E' PREVISTA DALLA NORMATIVA VIGENTE, LA SORVEGLIANZA SANITARIA

Egr. Dott. *Nome/Cognome*

OGGETTO	Nomina del Medico competente ai sensi del D. Lgs. 81/08. (per la definizione di Medico Competente si consideri l'art. 2 del D. Lgs. 81/08)

Preso atto della Sua disponibilità e delle Sue dichiarate capacità tecnico professionali, La nominiamo, ai sensi dell' art. 18 comma a) del decreto in oggetto quale Medico competente per la sorveglianza sanitaria

Azienda	
Sede Legale	
Sede Operativa	
Tipologia di attività	

per il conseguente espletamento delle funzioni di cui agli articoli del suddetto decreto.
Voglia renderci copia della presente da lei sottoscritta per accettazione e per impegno all' osservanza degli obblighi derivanti dall' incarico ai sensi dell'art. 25 del D. Lgs. 81/08.
Distinti saluti.

TIMBRO

DATA_____/_____/_____ IL DATORE DI LAVORO

_____

Per accettazione della nomina quale Medico competente e per impegno all'osservanza degli obblighi derivanti dal D.Lgs 81/08 e successive modifiche

TIMBRO

DATA_____/_____/_____ IL MEDICO COMPETENTE

_____

Cod. Mod. 04	
Rev. xx	Data xx/xx/xxxx