

Oggetto: **Nomina del Medico Competente ai sensi dell'art 18 c. 1 del D.Lgs. 81/08**

Con la presente l'impresa ....., con sede legale in

.....

nella persona del suo legale rappresentante Sig.....,

### NOMINA

ai sensi dell'art. 18, comma 1, lett. a del decreto Lgs. 81/08 come Medico Competente il/la Dr./Dott.ssa.

\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_.

Cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

- Tale incarico è conferito a fronte di dichiarazione del medico, di possesso di uno dei titoli cui fa riferimento il decreto suddetto (art.38 ).
- Il medico si impegna ad assolvere alla completa e puntuale effettuazione della sorveglianza sanitaria (art. 41 c. 1 lett g.) e all'adempimento degli obblighi di legge previsti dal D. Lgs. 81/08 art. 25 e successive modificazioni.

La collaborazione del Medico Competente si svolgerà in piena autonomia di organizzazione e di orario, compatibilmente con le esigenze aziendali e decorrerà dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ fino a revoca di una delle due parti.

Tale revoca deve essere scritta e con preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni.

La presente consta di una copia in originale e per la validità dell'atto entrambe devono essere timbrate e firmate dalle parti contraenti.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Timbro e firma del Medico

Timbro e firma del Datore di Lavoro

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_