

NOMINA MEDICO COMPETENTE

Il sottoscritto _____, nella qualità di datore di lavoro dell'impresa/ditta _____, con sede legale nel comune di _____ alla via/piazza _____, p.ta IVA _____

AFFIDA

l'incarico relativo agli adempimenti medici previsti dal D. lgs. 81/2008 e successive integrazioni al Dott. _____, quale medico competente in possesso delle caratteristiche di cui agli artt. 38, 39, 40 e 41, del D.Lgs 81/2008.

Il Dr. _____, nella qualità espressamente indicata di Medico Competente si assume la responsabilità dei seguenti incarichi ed attività:

- 1) definizione dei giudizi di idoneità dei lavoratori alla mansione;
- 2) informazione ai lavoratori sugli accertamenti sanitari, sulla loro necessità e sui risultati;
- 3) comunicazione dei risultati anonimi degli accertamenti sanitari al Rappresentante per la sicurezza;
- 4) controllo di sicurezza e salubrità degli ambienti di lavoro, con visite a frequenza almeno annuale;
- 5) effettuazione di visite mediche su richiesta dei lavoratori solo se giustificate sulla base di rischi professionali;
- 6) collaborazione con il Datore di Lavoro, il RSPP, il RLS per l'organizzazione del pronto soccorso, l'attività di formazione ed informazione dei lavoratori in tema di sicurezza;
- 7) visite mediche specialistiche ai lavoratori, preventive e periodiche.

Il servizio di Medico Competente del Dr. _____ decorre dal giorno _____ e continuerà a meno di una disdetta da una delle parti, comunicata con Raccomandata A/R, almeno 30 gg prima della data di scadenza della nomina di Medico Competente.

Datore di Lavoro

Il Medico competente
Dr.
