

# LETTERA DI NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE

Il/la sottoscritto/a....., in qualità di legale  
rappresentante della Ditta/Società ..... con  
sede legale a ..... in via .....  
e sede operativa a ..... in via .....,  
P.IVA: ....., ai sensi dell'art. 18 c.1 lettera a) del D.Lgs 81/08,

## NOMINA MEDICO COMPETENTE AZIENDALE,

a decorrere dal \_\_\_\_\_ e fino al \_\_\_\_\_, il/la Dott.

\_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_,

residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_, Specialista in

\_\_\_\_\_, che si assume

la responsabilità di adempiere a tutti gli obblighi a Suo carico prescritti dal D.Lgs n° 81 del 09 aprile 2008 e s.m.i. "c.d. T.U. Sicurezza", riportati nell'art. 25 e nella sezione V del Titolo I.

SI CONCORDA COME LUOGO DI CUSTODIA DELLE CARTELLE SANITARIE E DI RISCHIO DEI LAVORATORI (barrare con una x):

– LA SEDE DELLA SOCIETA' (IN ARMADIO CHIUSO A CHIAVE)

– LO STUDIO MEDICO DEL/DELLA DOTT.....

**Il Datore di Lavoro**

\_\_\_\_\_

**Per accettazione: Il medico Competente Aziendale**

\_\_\_\_\_