

*modulo I.1 S4-M1*  
**Nomina del medico competente**

Da compilare su carta intestata dell'impresa

....., li .....

Egr. **Dott** .....  
Via.....  
..... (.....)  
cap Comune PR

**OGGETTO: Conferimento dell'incarico di Medico competente**

Il/La sottoscritto/a (*Nome e Cognome del Datore di Lavoro*) .....

in qualità di Datore di Lavoro dell'Azienda (*Ragione sociale*) .....

esercitante l'attività di .....

con sede legale in (*Località*) ..... (*Prov.*) ..... (*Indirizzo*) .....

e Unità Produttiva/e in:

(*Località*) ..... (*Prov.*) ..... (*Indirizzo*) .....

(*Località*) ..... (*Prov.*) ..... (*Indirizzo*) .....

considerato che:

- nell'ambito della propria attività sono comprese lavorazioni che espongono i lavoratori a fattori di rischio per i quali vige l'obbligo normativo della sorveglianza sanitaria da parte di un medico competente
- che il dott. (*Nome e Cognome del Medico competente*) ..... nato/a a ..... il ...../...../..... e residente in (*Località*) ..... (*Prov.*) ..... (*Indirizzo*) ..... può svolgere il compito di medico competente in quanto in possesso dei requisiti richiesti dall'art. 38 del D.Lgs 81/2008
- il dott. (*Nome e Cognome del Medico competente*) ..... si è dichiarato disponibile ad assumere questo incarico per la nostra azienda,

con la presente

**CONFERISCE**

al sopraccitato professionista l'incarico di Medico Competente aziendale a decorrere dal ...../...../....., tale incarico è da intendersi continuativo e terminerà solo a seguito di disdetta scritta da una delle due parti.

Il medico competente svolgerà il suo compito in conformità a quanto richiesto dal D.Lgs 81/2008 e dalla normativa specifica in materia di rischi particolari a cui possono essere esposti i lavoratori della nostra Azienda.

Distinti saluti

Il Datore di Lavoro

per accettazione dell'incarico

Il Medico competente

\_\_\_\_\_