

# NOMINA DELL'ADDETTO ALL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PRIMO SOCCORSO AZIENDALE

Al Sig.

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

IO SOTTOSCRITTO SIG.

IN QUALITÀ DI DATORE DI LAVORO DELL'AZIENDA

CON SEDE A

SECONDO QUANTO STABILITO DALL'ARTICOLO 18, COMMA 1, LETTERA B) DEL *D.Lgs. 81/08*

CON LA PRESENTE,

## LE COMUNICO

### LA SUA NOMINA AD ADDETTO AL PRIMO SOCCORSO AZIENDALE

I SUOI COMPITI SARANNO QUELLI PREVISTI PER L'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PRIMO SOCCORSO AZIENDALE E LA GESTIONE DELLE EMERGENZE SECONDO LA FORMAZIONE E LE ISTRUZIONI RICEVUTE A NOSTRO CARICO, OVVERO DI:

- Mettere in atto le misure di salvataggio, di primo soccorso e di assistenza medica di emergenza previste e predisposte dal Datore di Lavoro;
- Verificare che il contenuto della cassetta di primo soccorso sia conforme a quanto disposto dalla normativa in vigore, il D.M. n. 388;
- Frequentare appositi corsi di formazione conformi al D.M. 388/2003 da aggiornare periodicamente, il cui costo è sostenuto dall'azienda;

**\*LA SUA ATTIVITÀ DOVRÀ ESSERE SVOLTA CONFORMEMENTE ALLE ISTRUZIONI E CON I MEZZI CHE LE SARANNO FORNITI DA QUESTA AZIENDA\***

**\*LA PRESENTE DESIGNAZIONE NON PUÒ ESSERE DA LEI RIFIUTATA SE NON PER GIUSTIFICATO MOTIVO, CHE DOVRÀ ESSERE PRESENTATO PER ISCRITTO\***

#### FIRMA DEL DATORE DI LAVORO :

Luogo:

Data:

#### FIRMA PER ACCETTAZIONE DELL'INCARICO DA PARTE DELL'ADDETTO :

Luogo:

Data:

#### FIRMA PRESA VISIONE DEL RLS :

Luogo:

Data: