

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: