

MODULO DI NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE

IL SOTTOSCRITTO

*NOME

*COGNOME

*IN QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETÀ

*CON SEDE
LEGALE IN

*PROVINCIA

*PARTITA IVA

*CODICE FISCALE

*ISCRITTO AL
TRIBUNALE DI

*REG. SOC. N.

CON LA PRESENTE, NOMINA MEDICO COMPETENTE

IL SIG.

IN QUALITÀ DI:

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE DI STRUTTURA PUBBLICA

DIPENDENTE DI STRUTTURA PRIVATA

*DELLA STRUTTURA

*INDIRIZZO

*PROVINCIA

*DAL:

*AL:

SI ASSUME LA RESPONSABILITÀ DI PORTARE A TERMINE I SEGUENTI INCARICHI

- Effettuazione degli accertamenti sanitari (sia preventivi sia periodici)
- Definizione dei giudizi di idoneità dei lavoratori alla mansione
- Istituzione ed aggiornamento, sotto propria responsabilità, per ogni lavoratore soggetto a sorveglianza sanitaria, una cartella sanitaria e di rischio
- Informazione ai lavoratori sugli accertamenti sanitari, sulla loro necessità e sui risultati
- Comunicazione dei risultati anonimi degli accertamenti sanitari a Rappresentante per la Sicurezza
- Controllo di sicurezza e salubrità degli ambienti di lavoro, con visite a frequenza almeno biennale
- Effettuazione di visite mediche su richiesta dei lavoratori solo se giustificate sulla base di rischi professionali
- Collaborazione con il Datore di Lavoro per l'organizzazione del Pronto Soccorso
- Collaborazione con il Datore di Lavoro per l'attività di formazione ed informazione dei lavoratori in tema di sicurezza

Luogo:

Data:

FIRMA E TIMBRO DEL DATORE DI LAVORO

FIRMA PER ACCETTAZIONE DEL MEDICO COMPETENTE