

Egr. Sig. \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Designazione quale Medico Competente (art. 18, comma 1a del D. Lgs. n. 81/08)

Il sottoscritto signor \_\_\_\_\_ nella sua qualità di Datore di Lavoro della Società \_\_\_\_\_, avendo verificato i requisiti di legge e l' idoneità professionale del Dott. \_\_\_\_\_, ha ritenuto di nominarla quale:

**MEDICO COMPETENTE**

della sopra citata società.

In qualità di Medico competente lei è tenuto all'effettuazione della sorveglianza sanitaria e all'adempimento degli obblighi di legge di cui agli artt. 39, 40 e 41 del D. Lgs. n. 81/08.

Voglia restituire copia della presente quale accettazione dell'incarico.

Distinti saluti.

Firma del DDL

\_\_\_\_\_

*Per espressa accettazione di quanto precede e della nomina a Medico Competente.*

*Con espressa dichiarazione di conoscere funzioni, compiti ed obblighi inerenti alla nomina qui accettata.*

Firma

\_\_\_\_\_

Lì (per ricevuta) \_\_\_\_\_

REV N°	DATA	DESCRIZIONE REVISIONE	PREPARATO	VERIFICATO	APPROVATO