

MODELLO NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE

Il sottoscritto
in qualità di legale rappresentante della Ditta _____
con sede legale a _____,
Via _____

NOMINA MEDICO COMPETENTE

per gli adempimenti di cui al D. Lgs. 81/2008 e succ. modifiche il dr. Comiati Daniele, nato a Venezia il 19/09/1948, residente a Venezia-Chirignago in Via Dei Poli, N. 24, con studio in Mirano, Via Bastia Fuori, 33, Medico Chirurgo, Specialista in Medicina del Lavoro e quindi in possesso dei requisiti previsti dall'art. 38 del D. Lgs. 81 del 09.04.2008 e successive modifiche.

La collaborazione del Medico Competente si svolgerà in piena autonomia di organizzazione e di orario, compatibilmente con le esigenze aziendali e decorrerà dal ____/____/____ fino a revoca di una delle due parti.

Tale revoca deve essere scritta e con preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni.

La presente consta di una copia e un originale e per la validità dell'atto entrambe devono essere timbrate e firmate dalle parti contraenti.

Timbro e firma del Datore di Lavoro

Mirano, ____/____/____

Firma per Accettazione:

Il medico competente