

“Nomina del Medico Competente”

CARTA INTESTATA
IMPRESA



Siracusa, li

Egr. Dott.

.....

Via

Cap....., Città

s.p.m.

Prot. n.

Oggetto: Nomina del Medico Competente

Il sottoscritto..... nato a, il
domiciliato c/o nella qualità di Amministratore Unico dell'Impresa
....., con sede in, P. Iva

Le conferisce

l'incarico di Medico Competente, secondo quanto previsto tra gli Obblighi del Datore di Lavoro di cui all'art. 18, comma 1, lett. a) del D.Lgs. 81/08 e ss.mm.ii.

Con l'accettazione della presente vi dichiarate in possesso dei requisiti di cui all'art. 38 del D.Lgs. 81/08 ed al contempo Vi assumete la responsabilità dello svolgimento delle attribuzioni e delle attività previste negli artt. 25, 39, 40 e 41 dello steso decreto.

Distinti saluti

Imp.

L'Amministratore Unico

.....

Per accettazione

.....