

LETTERA DI NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE

Il sottoscrittoin qualità di legale rappresentante della società **ADVANCED SOLUTION SRL** , con sede legale in , C.F.....P.I..... Iscrizione al Tribunale di , Reg.Soc. n..... , nomina:

MEDICO COMPETENTE

il **Dr. FIUME ANDREA**, Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

indirizzo: Via di Novella, 16 - ROMA (cel. 348/2261187 – email ndr fiume@gmail.com)

dal01./03./2022 al31./03./2024

che si assume la responsabilità dei seguenti incarichi e attività:

- | | | |
|---|--|-----------------------------|
| 1. effettuazione degli accertamenti sanitari (sia preventivi sia periodici) | <input checked="" type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 2. definizione dei giudizi di idoneità dei lavoratori alla mansione | <input checked="" type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 3. istituzione ed aggiornamento per ogni lavoratore soggetto a sorveglianza sanitaria di una Cartella Sanitaria e di Rischio (da conservare c/o l'Azienda)..... | <input checked="" type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 4. informazione ai lavoratori sugli accertamenti sanitari, sulla loro necessità e sui risultati..... | <input checked="" type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 5. informazione ai lavoratori sui Dispositivi di Protezione Individuali..... | <input checked="" type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 6. visita degli ambienti di lavoro, con visite a frequenza almeno annuale | <input checked="" type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 7. effettuazione di visite mediche su richiesta dei lavoratori solo se giustificate, sulla base di rischi professionali | <input checked="" type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 8. collaborazione con il Datore di Lavoro per l'organizzazione del Pronto Soccorso..... | <input checked="" type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 9. collaborazione con il Datore di Lavoro per l'attività di formazione ed informazione dei lavoratori in tema di sicurezza | <input checked="" type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

per accettazione (il Medico Competente)

Timbro e Firma (il Legale Rappresentante)

Dr. Fiume Andrea
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

Via di Novella, 16 - Roma
Tel. 348 2261187

Data, ..01/03/22.....