

# LETTERA DI NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE

Il sottoscritto .....in qualità di legale  
rappresentante della società **ERIS SRLS** .....  
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)  
dal .....**01/01/2025** al .....**31/01/2026**

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<br>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<br>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<br>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<br>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, **01/01/2025**.....