

# LETTERA DI NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE

Il sottoscritto .....in qualità di legale  
rappresentante della società **ERAMUS 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)

dal .....**01./03./2022** al .....**31./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<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)

*Dr. Fiume Andrea*  
*Specialista in Igiene e Medicina Preventiva*  
*Via di Novella, 16 - Roma*  
*Tel. 348 2261187*

Timbro e Firma (il Legale Rappresentante)

**ERAMUS**  
Via Vigne di San Matteo 66  
00193 ROMA RM  
P.IVA 10241261006

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