

# LETTERA DI NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE

Il sottoscritto MATEO MAURI .....in qualità di legale  
rappresentante della società ERAMUS SRL .....  
con sede legale in ROMA, VIA VIGNE DI SAN MATEO, 66 00133 .....  
C.F. 10241261006 ..... P.I. IT10241261006 .....  
Iscrizione al Tribunale di ROMA ..... Reg.Soc. n. RM - 1220146 .....

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 1/1/2024 ..... al 31/1/2025 .....

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

**ERAMUS**  
Via Prusst 1  
00030 SAN CESAREO RM  
P.IVA 10241261006

Data, 18/1/2024 .....