

## VERBALE DI NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_

in qualità di Legale Rappresentante

della ditta : \_\_\_\_\_

con sede in: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_

P.IVA: \_\_\_\_\_

in ottemperanza al D.Lgs 81/08

### NOMINA

### MEDICO COMPETENTE

Il Dott. \_\_\_\_\_

indirizzo : \_\_\_\_\_

affidandogli il relativo incarico professionale e di essere in possesso dei titoli previsti dall'articolo 38 comma 1 del D.Lgs 81/2008, e si impegna a svolgere i compiti specifici previsti dal suddetto decreto.

La presente nomina ha validità 12 mesi.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Il medico competente

Il Datore di lavoro