

**NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE**  
**( Sec. Dlgs 81/08)**

Il sottoscritto :

in qualità di : Datore di lavoro

della ditta :

con sede legale in :

partita IVA :

in ottemperanza del D.Lgs 81/2008

**NOMINA**  
**MEDICO COMPETENTE**

Il/La Dott./ssa \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

affidandogli relativo incarico professionale.

Il/La Dott./ssa \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di essere in possesso dei titoli previsti dall'articolo 38 comma 1 del D.L.gs 81/2008 e succ. modifiche e si impegna a svolgere i compiti specifici previsti dal suddetto decreto.

In merito al trattamento dei dati personali si specifica che:

- Il datore di Lavoro è titolare autonomo in merito agli obblighi normativi relativi alla salute e sicurezza del lavoro (art. 9 lett. B) e 88 Reg.To EU 2016/679)
- il Medico Competente è titolare autonomo in merito al trattamento per le finalità di sorveglianza sanitaria ("medicina del lavoro" art. 9 lett h) Reg.To EU 2016/679) e tenuta delle cartelle sanitarie e/o di rischio.

Il Medico Competente affida la custodia delle cartelle sanitarie e/o di rischio a Emmedielle Srl, debitamente nominato responsabile esterno del trattamento ai sensi dell'art. 28 Reg. TO EU 2016/679

Data:

Per nomina  
Il datore di lavoro

Per accettazione  
Il Medico Competente