

## Carta Intestata Società

**RACCOMANDATA A MANO**

Gentilissimo/a Dr./essa

\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

**Oggetto: Designazione del Medico Competente secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 81/2008 e s.m. in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.**

In relazione a quanto stabilito dall'art. 2, comma 1, lettera h), dall'art. 18, comma 1, lettera a), nonché dall'art. 25 e dal Titolo I, Capo III, Sezione V del D. Lgs. 81/2008 e s.m. ed in considerazione delle Sue qualifiche professionali, il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di (Datore di Lavoro, Legale Rappresentante, ecc.), con la presente La nomina formalmente **Medico Competente** dell'Azienda \_\_\_\_\_ Sita in \_\_\_\_\_.

L'accettazione a tale nomina Le comporta l'acquisizione di specifiche conoscenze e responsabilità, nonché l'obbligo ad eseguire precisi doveri quali:

1. la **collaborazione** nell'effettuazione della Valutazione dei rischi presenti nei luoghi di lavoro; la predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori; lo svolgimento dell'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori per la parte di Sua competenza; la organizzazione del servizio di Primo Soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative di lavoro; la partecipazione all'attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute" secondo i principi della responsabilità sociale (art. 25, comma 1, lettera a), D.Lgs. 81/2008 e s.m.);
2. la **partecipazione** alla Riunione periodica, indetta almeno una volta all'anno, così come previsto dall'art. 35, comma 1 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.;
3. l'**impegno** ad effettuare le visite mediche, secondo quanto specificato dall'art. 41, del D.Lgs. 81/2008 e s.m., ovvero:
  - a) preventive, intese a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato al fine di valutare la sua idoneità alla mansione specifica;
  - b) periodiche, per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica almeno una volta all'anno qualora non prevista dalla relativa normativa o, con cadenza diversa, da Lei stabilita in funzione della valutazione del rischio, tenendo presente anche che l'organo di vigilanza, con provvedimento motivato, può disporre contenuti e periodicità della sorveglianza sanitaria differenti rispetto a quelli da Lei indicati;
  - c) su richiesta del lavoratore, qualora siano da Lei ritenuta correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica;
  - d) in occasione del cambio della mansione onde verificare l'idoneità alla mansione specifica;
  - e) alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla normativa vigente;
  - f) a cura e spese del datore di lavoro, comprendente esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti da Lei necessari e, nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

L'impegno a non effettuare visite mediche:

- a) in fase preassuntiva;
- b) per accertare stati di gravidanza;
- c) negli altri casi vietati dalla normativa vigente.

L'impegno, sulla base delle risultanze delle visite mediche, ad esprimere uno dei seguenti giudizi relativi alla mansione specifica:

- a) idoneità;
- b) idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;
- c) inidoneità temporanea;
- d) inidoneità permanente

L'impegno ad informare, per iscritto, il datore di lavoro e il lavoratore circa i giudizi espressi e, nel caso di espressione del giudizio di inidoneità temporanea, a precisare i limiti temporali di validità. L'impegno affinché gli esiti della visita medica vengano allegati alla cartella sanitaria e di rischio di cui all'art. 25, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 81/2008 e s.m., secondo i requisiti minimi contenuti nell'Allegato 3A e predisposta su formato cartaceo o informatizzato, come previsto dall'art. 53 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.

- 4. l'**obbligo**, secondo quanto stabilito dall'art. 25, comma 1 del D.Lgs. 81/2008 e s.m. a:
  - a) consegnare, alla cessazione dell'incarico, la documentazione sanitaria in Suo possesso nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. 196/2003 e con salvaguardia del segreto professionale (lettera d));
  - b) consegnare al lavoratore, alla cessazione del rapporto di lavoro, la documentazione sanitaria in Suo possesso provvedendo a fornire al lavoratore stesso le informazioni riguardo la necessità di conservazione (lettera e));
  - c) comunicare per iscritto, in occasione delle riunioni periodiche, al datore di lavoro, al RSPP e al RLS, i risultati anonimi collettivi della Sorveglianza sanitaria effettuata e fornire indicazioni sul significato di tali risultati ai fini dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori (lettera i));
  - d) visitare gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o a cadenza diversa stabilita in base alla Valutazione dei rischi provvedendo a comunicare la periodicità diversa da quella annuale al fine della sua annotazione nel Documento di Valutazione dei rischi (lettera l)).

Ella è tenuto/a all'espletamento di tutti i compiti definiti all'art. 25 e al Titolo I, Capo III, Sezione V del D. Lgs. 81/2008 secondo le modalità e le condizioni di Svolgimento dell'attività di medico competente precisate dall'art. 39 del D. Lgs. 81/2008 e s.m..

L'accettazione a tale nomina Le comporta l'assoggettamento a stabilite sanzioni in caso di mancato adempimento degli impegni da Lei assunti così come stabilito dall'art. 58 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.  
*Voglia restituire copia della presente firmata quale accettazione da parte Sua della nomina a Medico competente.*

**Il Datore di Lavoro**

---

Per **accettazione** di quanto sopra e per conferma della piena conoscenza circa i compiti, le funzioni e gli obblighi inerenti la presente nomina qui accetta.

Firma del **Medico Competente**

---

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