



## Modello nomina Medico Competente

( Si ricorda di utilizzare carta intestata dell'Azienda)

\_\_\_\_\_ , li \_\_/\_\_/\_\_

Oggetto: Nomina del Medico Competente ai sensi del D.Lgs. 626/94

Con la presente l'Azienda ..... , con sede legale in  
....., nomina ai sensi dell'art. 17, comma 5, lettera b,  
D.Lgs. 626/94 come Medico Competente per la propria unità produttiva con sede in  
..... il Dr \_\_\_\_\_ , nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_/\_\_/\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_.

Tale incarico, conferito a fronte di certificazione di possesso di uno dei titoli cui fa riferimento il Decreto suddetto (art. 2, comma 1, lettera d, numero 1), deve assolvere all'espletamento degli obblighi previsti dalle vigenti leggi in materia di sorveglianza sanitaria.

La collaborazione del Medico Competente si svolgerà in piena autonomia di organizzazione e di orario, compatibilmente con le esigenze aziendali e decorrerà dal \_\_/\_\_/\_\_ fino a revoca di una delle due parti.

Tale revoca deve essere scritta e con preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni.

La presente consta di una copia in originale e per la validità dell'atto entrambe devono essere timbrate e firmate dalle parti contraenti.

Timbro e firma del Medico

Timbro e firma del Datore di Lavoro

---

## PMI Servizi – al servizio delle piccole e medie imprese



### Argomenti correlati PMI Servizi

- [Modulistica on line](#)
- [Medicina del lavoro – consulenza PMI Servizi](#)