**NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE**

DESCRIZIONE

La nomina del medico competente è obbligatoria nei casi in cui è obbligatoria la sorveglianza sanitaria (art. 41); il medico competente deve essere in possesso dei requisiti di cui all’art. 38..

SANZIONI

Arresto da due a quattro mesi o ammenda da 1.644,00 a 6.576,00 euro

(art. 55, comma 5, lett. d)

NOTE

**Lettera di nomina del Medico Competente**

Egr. Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGGETTO: Lettera di nomina del Medico Competente**

La \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Premesso**

– che gli artt. 18, 41 e 25 del D.Lgs. n. 81/2008 stabiliscono che la sorveglianza sanitaria deve essere effettuata da un Medico Competente e che questi deve essere nominato dal datore di lavoro nei casi in cui la normativa vigente preveda quella sorveglianza;

– che nella nostra società (*o azienda, ente, associazione*) risultano sussistere situazioni per le quali la legge prevede l’obbligo della sorveglianza sanitaria;

– che Ella afferma di essere in possesso dei requisiti previsti dalla legge per poter essere nominato Medico Competente e svolgere le relative funzioni e ha esibito documenti comprovanti il possesso di tali requisiti

**LA NOMINA**

ai sensi dell’art. 18, c. 1, lett. a) del D.Lgs. n. 81/2008, del Medico Competente in qualità\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (“di libero professionista”; oppure: “di dipendente della \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” – (*indicare la struttura privata da cui dipende il medico*); oppure: “di dipendente dell’Unità sanitaria locale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (1)”; oppure: “di dipendente dell’ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” – (*indicare l’ente pubblico da cui dipende il medico*))*.*

A seguito di tale nomina Le richiediamo sin d’ora e Le richiederemo anche in futuro – ai sensi dell’art. 18, c. 1, lett. g), del D.Lgs. n. 81/2008 – l’osservanza delle norme di legge che regoli la posizione che Ella va ad assumere.

Le raccomandiamo – tra l’altro e in particolare – l’osservanza degli obblighi stabiliti dagli artt. 25 e 41 del citato D.Lgs. n. 81/2008.

S’intende che l’inadempimento di uno o più dei suesposti obblighi costituisce, previa comunicazione in tal senso della \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ legittimo motivo di risoluzione del rapporto ai sensi dell’art. 1456 c.c.

Il compenso per l’attività di cui sopra è determinato da separato accordo (*specificare*).

Una volta che Ella avrà firmato il presente atto per accettazione la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Le fornirà complete informazioni sui processi e sui rischi connessi all’attività produttiva. Si resta, in ogni caso, disponibili a soddisfare eventuali Sue ulteriori richieste di informazioni che Ella giudicasse, comunque, utili o necessarie.

La preghiamo, in caso di accettazione della presente, di fornirci un suo recapito da poter comunicare ai lavoratori ai sensi dell’art. 36, c. 1, lett. d), del D.Lgs. n. 81/2008 (2).

La durata dell’incarico di cui sopra e, comunque, della nomina è fissata in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(3) decorrenti dalla data della sua accettazione (*oppure: La durata dell’incarico e, comunque, della nomina, cesserà il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; oppure: L’incarico di cui sopra s’intende conferito a tempo indeterminato salva facoltà di recesso di entrambe le parti da comunicare con preavviso non inferiore a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*).

Se concorda con quanto sopra La preghiamo di volerci restituire la presente per incondizionata accettazione.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma della Società/azienda/ente/associazione

Data della ricevuta e firma per accettazione

Firma per accettazione del Medico Competente

Firma per accettazione del Medico Competente

della specifica clausola della revoca per inadempimento

(1) Si ricorda che il Medico Competente non può essere un soggetto che svolge attività di controllo e di vigilanza.

(2) Clausola eventuale.

(3) Stabilire la durata dell’incarico in anni o mesi.