

# NOMINA MEDICO COMPETENTE

(Art.18, comma 1, lettera a), D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)

Il sottoscritto.....nato a .....  
il..... nella qualità di ..... della Ditta.....  
con sede legale in..... alla via.....  
CF.....Partita IVA.....

## NOMINA

Il Dr.....nato a .....il.....  
e residente in.....alla via.....in possesso della  
specializzazione / docenza / libera docenza in.....

## MEDICO COMPETENTE

della propria impresa ed a svolgere per essa la sorveglianza sanitaria nel rispetto e secondo quanto sancito dagli artt.38; 39; 40; 41 e 42 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i..

La sorveglianza sanitaria comprende:

**a)** visita medica preventiva intesa a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato al fine di valutare la sua idoneità alla mansione specifica;

**b)** visita medica periodica per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica. La periodicità di tali accertamenti, qualora non prevista dalla relativa normativa, viene stabilita, di norma, in una volta l'anno. Tale periodicità può assumere cadenza diversa, stabilita dal medico competente in funzione della valutazione del rischio. L'organo di vigilanza, con provvedimento motivato, può disporre contenuti e periodicità della sorveglianza sanitaria differenti rispetto a quelli indicati dal medico competente;

**c)** visita medica su richiesta del lavoratore, qualora sia ritenuta dal medico competente 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)** visita medica in occasione del cambio della mansione onde verificare l'idoneità alla mansione specifica;

**e)** visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla normativa vigente.

Per l'incarico conferito al Dr..... viene corrisposto il compenso lordo di €.....ed. il presente incarico avrà durata di ..... a partire dalla data di sottoscrizione della presente e si intenderà automaticamente rinnovato per uguale periodo in mancanza di disdetta di una delle due parti, da inviare almeno tre mesi prima della scadenza a mezzo raccomandata.

Il Dr.....si assume ogni responsabilità in ordine all'attività svolta.

.....  
(timbro e firma datore di lavoro )

Data.....

Il Dr. .... **ACCETTA** l'incarico e, integralmente e specificamente, le condizioni di cui sopra.

.....  
(firma del medico)

Data.....