

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 _____ mesi 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.

Il datore di lavoro

___/___/___

Per ricevuta

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

Il medico

___/___/___