

## **Allegato A**

### **NOMINA MEDICO COMPETENTE**

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

nella Sua qualità di Datore di Lavoro, Titolare/Legale Rappresentante della:

**Denominazione/Ragione Sociale**

\_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_

Sede amministrativa \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

**CODICE UNIVOCO di fatturazione elettronica** \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Recapito mail \_\_\_\_\_

**PEC** \_\_\_\_\_

**consapevole** che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle

leggi speciali, dichiara di essere munito/ta dei poteri necessari al compimento del presente atto;

**considerato** che il D. Lgs n. 81 del 09/04/2008 avente ad oggetto " *Testo unico in materia di*

*tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*" pone l'obbligo ai datori di lavoro pubblici e

privati di eseguire i controlli sanitari preventivi e periodici per i lavoratori esposti a rischio, al fine di

valutare l'idoneità alla mansione specifica, nonché effettuare altri adempimenti, quali la visita degli

ambienti di lavoro, la convocazione della riunione periodica (se vi sono più di 15 dipendenti), le

iniziative di formazione/informazione del personale sui rischi lavorativi, il tutto avvalendosi della

competenza professionale specifica del Medico Competente;

### ***NOMINA***

**il Dr.** \_\_\_\_\_ dirigente medico dell'Azienda USL Toscana Centro, a

rapporto esclusivo, **quale Medico Competente** ai sensi dell'articolo 18, comma 1, lettera a) del

Decreto Legislativo 81/2008 e succ. modifiche ed integrazioni, per l'effettuazione delle visite

preventive e periodiche previste dal D.Lgs. 81/2008 e normativa collegata, nonché per i relativi

accertamenti sanitari integrativi e per tutti gli altri adempimenti legislativi sanciti dalle normative

vigenti;

la presente nomina decorre dal \_\_\_\_\_ ed è da intendersi continuativa, terminerà

solo a seguito di disdetta scritta da una delle due parti con almeno trenta giorni di preavviso;

### ***DICHIARA***

di aver preso visione delle tariffe, concordate tra il Dr. \_\_\_\_\_ e

l'Azienda USL Toscana Centro di cui all'allegato A) dell'Atto Negoziale per l'esercizio della libera

professione intramuraria in qualità di Medico Competente;

- di non avere in atto controversie verso qualsiasi Azienda sanitaria del SSR;

- di impegnarsi a rendicontare le attività effettuate da parte del medico competente con cadenza

mensile;

In considerazione di quanto sopra **INDICA che**

- le prestazioni professionali del Medico Competente saranno svolte:

presso i locali siti in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Cap

(\_\_\_\_) Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_

*oppure*

presso gli spazi dell'Azienda USL Toscana Centro

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Timbro e Firma Ditta/Società**

\_\_\_\_\_

(allegare copia di un documento d'identità)

---

### **VERIFICA E PARERE**

**Verificato** che:

- il dirigente medico in parola, dipendente dell'Azienda USL Toscana Centro con rapporto esclusivo, risulta autorizzato all'esercizio della libera professione intramuraria in qualità di medico competente (art. 25, comma 4, del Regolamento per la disciplina delle modalità organizzative dell'attività libero professionale intramuraria), come da atto negoziale sottoscritto con l'Azienda medesima;
- non risultano incompatibilità rispetto al soggetto richiedente, ai sensi dell'art. 53 del DLGS 165;

**Si ESPRIME parere favorevole**

Lì, \_\_\_\_\_

Firma Il Direttore di SOS/SOC/AREA/Dipartimento sopraordinato \_\_\_\_\_

---

### **ACCETTAZIONE NOMINA MEDICO COMPETENTE**

Il sottoscritto **Dr.** \_\_\_\_\_ Dirigente medico dipendente con rapporto di lavoro esclusivo con l'Azienda USL Toscana Centro;

- in possesso dei titoli e dei requisiti formativi e professionali di cui all'art. 38 del D.Lgs. 81/2008 s.m.i. necessari per svolgere le funzioni di Medico Competente;
- iscritto nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali come previsto al comma 4 del medesimo articolo;
- assegnato ad una struttura aziendale non afferente al Dipartimento della Prevenzione, e che comunque non prevede lo svolgimento di funzioni di vigilanza o di controllo, o funzioni di ufficiale di polizia giudiziaria nei confronti della Ditta/Società sopra indicata,

**ACCETTA**

la nomina di Medico Competente richiesta da parte della Ditta/Società sopra indicata che andrà a svolgere in regime di Libera Professione intramuraria, fuori dall'orario di servizio;

**DICHIARA**

- che l'attività di Medico Competente verrà resa fuori orario di lavoro in regime di libera professione intramuraria, compatibilmente con le esigenze funzionali ed organizzative dell'Azienda, in modo da garantire la regolarità del funzionamento della struttura di appartenenza e l'integrale e prioritario assolvimento dei compiti istituzionali;
- di rispettare gli obblighi previsti dalla normativa vigente in materia nell'espletamento delle funzioni di Medico Competente;
- si impegna a trasmettere l'attestazione dell'attività svolta all'Azienda USL TC, all'indirizzo di posta elettronica dedicato [liberaprofessione.medicocompetente@uslcentro.toscana.it](mailto:liberaprofessione.medicocompetente@uslcentro.toscana.it) con cadenza mensile, mediante compilazione di apposito modello di reportistica.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Firma dirigente medico** \_\_\_\_\_