

INTESTAZIONE			
R.E.M. S.r.l.			
VIA	Via Ferruccia 16/A - 03010 PATRICA (FR)	N°	C.A.P.
	Tel. 0775.830116 - 334285 - Fax 839345		
	P. IVA 02240470605		
	CCIAA n. 179027703/03.05.2002		PROV.
TEL.		E-MAIL.	
PARTITA IVA			

Egregio

Dott. GIANCARLO CIPRIETTI
 Medico Chirurgo
 Via Po, 18 - 03100 FROSINONE
 Cod. Fisc. CPR GCR 58E29 H007E
 Partita IVA 014929430605

Oggetto: **D. Lgs 81/2008 - Nomina del Medico Competente.**

Con la presente il sottoscritto PALE ADELE,
 in qualità di Datore di lavoro nell'ambito dello stabilimento interessato, in relazione alla
 prescrizione introdotta dall'articolo 18 comma 1 lettera a) del Decreto Legislativo n° 81
 del 09.04.2008, La nomina **Medico Competente**, essendo Ella Specialista in Medicina del Lavoro,
 ai sensi e per gli effetti dei disposti di cui al D. Lgs. stesso e normative connesse.

Gli aspetti contrattuali saranno precisati da una specifica comunicazione, mentre per quanto
 attiene ai Suoi compiti ed alle Sue attribuzioni si fa riferimento a tutte le normative e disposizioni che
 regolano la materia.

Sarà cura del sottoscritto fornirLe tutte le informazioni necessarie allo svolgimento della
 consulenza come previsto dall'art. 18 comma 2. del citato D. Lgs. 81/2008 ed in particolare:

1. Elenco nominativo dei dipendenti con i relativi Dati occupazionali di cui all'All.to 3 A del
 D. Lgs. 81/2008 (Destinazione lavorativa - Mansioni - Fattori di rischio - Tempo di esposizione)
2. Copia delle schede di sicurezza
3. Copia della valutazione dei rischi.

Voglia restituirci copia della presente firmata per accettazione.
 Cogliamo l'occasione per porgerLe distinti saluti.


 (IL DATORE DI LAVORO)

per accettazione


 (DOTT. CIPRIETTI GIANCARLO)

25-02-2011
 (Data)