

LICEO CLASSICO - SCIENTIFICO STATALE "ARIOSTO - SPALLANZANI"

Piazzetta Pignedoli, 2 42121 REGGIO EMILIA (R.E.) - Tel. 0522 438046 0522 438841

Via Franchetti, 3 42121 REGGIO EMILIA (R.E.) - Tel. 0522 442124 0522 432352

E-mail: segreteria@liceoariostospallanzani-re.gov.itHome page: www.liceoariostospallanzani-re.edu.it

CODICE FISCALE N. 80016650352

Contratto n. 14

NOMINA MEDICO COMPETENTE**OGGETTO: Incarico per lo svolgimento dell'attività di Medico Competente ai sensi dell'articolo 18 comma 1 lettera a) D.Lgs. 81/2008.**

Il sottoscritto datore di lavoro, Rossella Crisafi, in qualità di Dirigente Scolastico e titolare di attività, ai sensi dell'art.2 comma 1 lettera B del D.Lgs. 81/2008) del Liceo classico scientifico "Ariosto Spallanzani" con sede legale in Reggio Emilia, Piazzetta pignedoli, 2 e il plesso /Sede distaccata a seguito evidenziati:

via Franchetti, 3 Reggio Emilia;

Visti:

- il possesso dei requisiti previsti dall'articolo 38, comma 1 del D.Lgs. 81/2008, e dichiarati in sede di offerta;
- il curriculum professionale pervenuto;

Sentito il parere del Direttore dei Servizi generali e Amministrativi in relazione alle offerte pervenute;**Vista** la convenzione in essere tra il liceo "Ariosto Spallanzani" e l'ASL

con il presente atto

CONFERISCE NOMINA DI "MEDICO COMPETENTE"

Al Dott. Franco Perazzoli con sede in _____, iscritto regolarmente all'Albo dei Medici della provincia di Reggio Emilia, con n° 1442, ai sensi dell'articolo 38 comma 1; da questo momento, professionista incaricato allo svolgimento delle specifiche funzioni di cui sopra, previste dalla Legge.

Richiede inoltre l'osservanza degli obblighi previsti dal Decreto in oggetto, nonché di tutti gli adempimenti alla normativa vigente in materia sorveglianza sanitaria all'interno dei luoghi di lavoro, informandolo sui processi e sui rischi connessi all'attività scolastica.

Da questo momento, pertanto, il Dott. Franco Perazzoli si impegna prima dell'inizio dell'attività scolastica a redigere e a fornire il protocollo di sorveglianza sanitaria sulla base della documentazione presente in istituto/Scuola ed in funzione della specifica valutazione di rischio espressa dal Datore di Lavoro, specificando il numero di dipendenti da sottoporre a controllo sanitario, suddivisi per fattori di rischio; esercitando così i compiti e le funzioni ad esso attribuite.

Gli obblighi, secondo quanto sopra esposto, decorrono pertanto a far data dall'inoltro della nota di accettazione di incarico da parte del Medico professionista, incaricato.

DICHIARA INOLTRE CHE

Il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza sig. Felice Mastrolorito è stato consultato sul presente incarico.

Il Datore di Lavoro

Data e firma per accettazione dell'incaricato:

Il Medico competente Dott. Perazzoli Franco