|  |
| --- |
| **DESIGNAZIONE****ADDETTO PRIMO SOCCORSO****D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 – Art. 18 e Art. 45** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  | nato/a a |  |  in data |  |
|  |
| In qualità di Datore di Lavoro ai sensi dell’art. 2 c. 1 l. b) del D. Lgs. 9 aprile 2008, n 81 |
|  |
| della società |  | P. IVA |  | C.F. |  |
|  |
| con sede operativa in |   |
|  |
| in adempimento alle prescrizioni di cui all’art. 18 e art. 45 del D. Lgs. 9 aprile 2008 n. 81, tenuto conto delle dimensioni e dei rischi specifici dell’azienda, ed inoltre dopo aver consultato il Medico Competente, ove nominato, ed il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza, |

**DESIGNA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| il/la Signor/a |   | nato/a a |  | in data |  |
|  |  |
| quale “Addetto Primo Soccorso”. |

Per lo svolgimento delle attività previste per il ruolo di Addetto Primo Soccorso Le verrà fornita una formazione specifica ai sensi del D.M. 15 luglio 2003, n. 388 e dell’art. 37 del D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81.

Lei avrà il compito di mettere in atto le misure le misure di salvataggio e di pronto soccorso e, comunque, di gestione dell’emergenza predisposte dall’azienda.

La Sua attività dovrà essere svolta conformemente alle istruzioni e con i mezzi che vi saranno forniti dall’azienda stessa.

Inoltre si comunica che come previsto dall’art. 43 c. 3 D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, Lei non può rifiutare la designazione, se non per giustificato motivo, che dovrà essere notificata per iscritto all’azienda.

Voglia restituire copia della presente firmata.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo e Data |  | FirmaDatore di Lavoro |
|  |  |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Firma per accettazioneAddetto Primo Soccorso |
|  |  |  |