

Al Rappresentante Territoriale dei Lavoratori alla sicurezza
c/o OPTA di

Oggetto: **Consultazione/Comunicazione art. 50 comma 1 lettera b), c) del D. Lgs. 81/08**

Il/La sottoscritto/a

Titolare/Legale rappresentante dell' impresa.....

Posizione INPS n° esercente l'attività di.....

..... CCNL applicato

Sede sociale: LocalitàProv.....Cap.....

Codice Ateco 2007 Rischio Aziendale: *Basso *Medio *Alto

Via..... Tel.Fax.....

Email.....

Dati Occupazionali: Numero addetti: di cui numero dipendenti:.....

DICHIARA*

- Di aver assunto direttamente in data ai sensi dell'art. 34 del D. Lgs. 81/08 i compiti di:

Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione dai rischi;

Addetto ai servizi di prevenzione incendi, evacuazione e primo soccorso;

Di aver designato in data quale Responsabile interno dei Servizi di Prevenzione e Protezione dai rischi il Sig.;

Di aver designato quale Responsabile esterno dei Servizi di Prevenzione e Protezione dai rischi il Sig. ;

Di non essere tenuto ad effettuare la sorveglianza sanitaria;

- Di aver nominato quale medico competente il Dott.;
- Di aver stipulato una convenzione con (*studio, ente, centro specialistico, ecc.*)
- Di aver designato in data quali addetti ai servizi di prevenzione incendi, primo soccorso, evacuazione i Sigg.;

IN ALLEGATO INVIA

- DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI previsto dall'art. 28 comma 2 D.Lgs. 81/08 ovvero indicazione dell'avvenuta redazione e sede del reperimento (OPTA);

Con la presente assolve alle disposizioni in materia di consultazione e comunicazione previste dall'art. 50 D.Lgs.81/08

DISTINTI SALUTI

DATA _____

TIMBRO E FIRMA DELL'IMPRESA

* Barrare la casella interessata.