

ACCORDO PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ DI MEDICO COMPETENTE
(in ottemperanza al D.Lgs. 81/2008)

La Scuola/Circolo didattico	<u>ISTITUTO COMPRENSIVO 1 ASTI</u>
nella persona del Datore di lavoro Sig.	<u>DOTT. ALESSANDRA LONGO</u>
con sede legale in	<u>ASTI – Via Sardegna 5</u>
per la sede operativa di	<u>ASTI – Via Sardegna 5</u>

con la presente ai sensi dell'art. 18 comma 1 lett. a) del D.Lgs. 81/2008 conferisce al Dott. Schilleci Dario e al Dott.ssa Giuliano Elena, Specialisti in Medicina del Lavoro e autorizzati all'esercizio della attività di medico competente, quindi in possesso dei requisiti previsti dall'art. 38, comma 1, lettera "a" del D.Lgs. 81/2008, la nomina di "Medico competente" e richiede agli stessi l'osservanza degli obblighi previsti dall'art. 41 del D.Lgs. 81/2008, informandoli sui processi e sui rischi connessi all'attività produttiva, designando ai sensi dell'art. 39 comma 6 del D.Lgs. 81/2008 al Dott. Schilleci Dario la funzione di medico coordinatore. Quanto sopra ai fini della sorveglianza sanitaria prevista nella Sezione V D.Lgs. 81/2008. La collaborazione del Medico Competente si svolgerà in piena autonomia di organizzazione e di orario, fino a revoca di una delle due parti.

Ai sensi dell'art. 25 comma c) il MC in accordo con il Datore di lavoro custodisce presso il proprio studio sito in Asti, in C.so Alfieri 381, le cartelle sanitarie e di rischio di ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria.

La presente consta di due copie in originale e per la validità dell'atto entrambe devono essere timbrate e firmate dalle parti.

Gli obblighi secondo quanto sopra decorrono dal 06/07/2017 al 05/07/2020
Il Datore di lavoro _____
per accettazione il Medico Competente coordinatore _____
per accettazione il medico competente sostituto _____

Ai sensi dell'art. 18 comma 1 lett. g-gbis), e nell'ottica di un continuo aggiornamento dei protocolli medico-lavorativi, sollecito il Datore di lavoro a volermi comunicare con sollecitudine ogni cambiamento instaurato in ambito lavorativo che interessi i lavoratori (assunzioni, licenziamenti, cambio d'attività...) e a inviarmi copia del Documento di valutazione dei rischi aggiornato. Ricordo inoltre che, nell'eventualità vengano iniziate o riprese attività lavorative diverse da quelle stabilite nel protocollo sanitario a seguito del sopralluogo annuale, sarà compito del datore di lavoro darmene sollecita comunicazione per una rivalutazione delle problematiche ed aggiornamento delle cartelle sanitarie e di rischio, del programma di sorveglianza sanitaria e del protocollo sanitario. Nel caso di risoluzione del rapporto di lavoro con i Vostri lavoratori, Vi ricordo che la legislazione vigente prevede che il DL mi notifichi per tempo la cessazione di ogni rapporto di lavoro di qualunque natura per ottemperare ai dettami legislativi di consegna della cartella sanitaria in mia custodia.

Si ricorda che a seguito di assenza per motivi di salute (malattia/infortunio) di lavoratori di durata superiore ai sessanta giorni continuativi è obbligatorio riverificare l'idoneità alla mansione attraverso nuova visita medica prima della ripresa del lavoro che accerti l'idoneità alla mansione. Pertanto il lavoratore, scaduto il periodo di malattia/infortunio, non potrà rientrare al lavoro se non previa effettuazione della relativa visita medica.

Data 10/07/2017

Firma per conoscenza e accettazione il Datore di lavoro _____ Dott. Alessandra LONGO