

Dichiarazione da compilare e conservare presso lo studio.

(Timbro)

OGGETTO: dichiarazione di svolgimento diretto da parte del datore di lavoro dei compiti di prevenzione e protezione dei rischi ai sensi dell'art. 34 del D. Lgs. 81/2008.

Il sottoscritto _____

esercitante la professione di _____

con sede in _____

Via _____ N _____ Tel _____

▪ datore di lavoro presso la struttura sanitaria in forma di:

Studio professionale individuale

Struttura sanitaria autorizzata / poliambulatorio

Altro _____

▪ con numero addetti _____

▪ rientrando nei casi previsti dall'allegato 2 del D.Lgs 81/2008

DICHIARA

di svolgere direttamente i compiti del servizio di prevenzione e protezione dei rischi di cui all'art. 9

e, a tal proposito

DICHIARA

che **ha partecipato** al corso di formazione in materia di sicurezza e igiene sul lavoro organizzato da _____ per il periodo dal _____ al _____ (*si allega copia dell'attestato di partecipazione*)

il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza sig. _____, consultato in data _____ ha espresso parere favorevole;

oppure

il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza non risulta attualmente ancora designato.

Data _____

FIRMA
