

Mod. Nomina del RSPP Aziendale

Nota: da redigere su carta intestata; completare la compilazione e firmare in originale la presente Nomina deve essere conservata con i documenti della Sicurezza custoditi presso l'azienda.

Azienda U.S.L. N°1 di Sassari
S.P.R.E.S.A.L.
 Via Rizzeddu 21/b palazzina H
 07100 SASSARI

D.P.L. Direzione Provinciale del Lavoro
 Servizio Ispezione Lavoro
 Via Lelio Basso, 8
 07100 SASSARI

Oggetto: Designazione del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale (RSPP) ai sensi degli art. 31 del D.lgs 81/2008.

Il sottoscritto _____ in qualità di Datore di Lavoro della Ditta _____ con sede in _____
 Via _____ P.I.V.A. _____

visti gli obblighi sanciti dalla normativa in materia di salute e sicurezza dei luoghi di lavoro, conformemente a quanto prescritto dall'art. 17 comma 1 lettera b) del D. Lgs. 81/08 e successive modifiche ed integrazioni.

D I C H I A R A

che a far data dal _____ il Sig. _____

- Dipendente di questa ditta.
 Consulente Esterno.

assume l'incarico di **RSPP Responsabile del Servizio di Prevenzione Protezione**, e assume tutti gli obblighi previsti dall'art. 33 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. :

A tale proposito si dichiara che:

il Sig. _____ è in possesso delle capacità e dei requisiti professionali previsti dall'art. 32 del D.lgs 81/2008 per la funzione di RSPP, e cioè:

- è in possesso di diploma di istruzione secondaria superiore;
 è in possesso degli attestati di frequenza a specifici corsi di formazione, previsti dall'Accordo Stato Regioni del 26.01.2006, per la funzione di RSPP;
 è in possesso degli attestati di frequenza a specifici corsi di formazione, previsti dall'Accordo Stato Regioni del 07.07.2016, per la funzione di RSPP;
 è in possesso di laurea nelle classi previste dall'art. 32 comma 5 del D.Lgs 81/2008 conseguita il _____ (esonero dalla frequenza ai moduli A e B e obbligo di aggiornamento quinquennale con decorrenza dalla data di conseguimento della laurea).

Allega alla presente la documentazione attestante quanto dichiarato :

Luogo, data ____/____/____.

Timbro e firma Il Datore di Lavoro _____

Per espressa accettazione della nomina e per conoscenza delle funzioni, dei compiti e degli obblighi connessi alla presente designazione, qui accettata.

Firma Il R.S.P.P. _____