**DESIGNAZIONE ADDETTO AL PRIMO SOCCORSO**

Al signore *Nome e cognome*

**Oggetto: Designazione.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_ in qualità di datore di lavoro della ditta/società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_ Via - cap - città\_\_ C.F. \_\_\_ P.I. \_\_\_\_, ai sensi degli artt. 18 c. 1 lettera b) e 43 c.1 lettera b) del D.Lgs. 81/08 e previa consultazione ex art. 50. c. 1 lettera c) del medesimo decreto con il Rappresentante dei Lavoratori,

DESIGNA

Il Sig. nome cognome

in qualità di dipendenti della scrivente ditta/società \_­­­­­­\_\_\_\_\_\_ a svolgere, unitamente alle mansioni svolte durante il normale orario di lavoro nell'ambito dell'attività produttiva, l’incarico di attuare le misure di primo soccorso fino a revoca*.*

A norma del suddetto articolo, si ricorda che la S.V. non può rifiutare la designazione, se non per giustificato motivo, e si precisa che sarà cura dello scrivente provvedere a fornire, anche secondo quanto previsto dal DM 15.07.03 n. 388, le informazioni e la formazione necessarie per l'espletamento del mandato, nonché le attrezzature adeguate.

Distinti saluti.

Città, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*firma del Datore di lavoro*)

Per ricevuta e accettazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(firma Addetto al primo soccorso designato)*