***Modulo Nomina del R.S.P.P.***

*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.*

**ASL di Sassari**

**S.P.R.E.S.A.L.**

Via Rizzeddu 21/b palazzina H

07100 SASSARI

**D.T.L. Direzione Territoriale del Lavoro**

Servizio Ispezione Lavoro

Via Lelio Basso, 8

07100 SASSARI

# Oggetto: Dichiarazione di svolgimento diretto da parte del datore di lavoro dei compiti di Responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi ai sensi degli artt. 17 c. 1 lett. b) e art. 31 del D. Lgs. 81/08.

Come previsto dall’art. 34 comma 1 del Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro D. Lgs. 81/2008 e successive modifiche ed integrazioni.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di Datore di Lavoro dell’impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.I.V.A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# D I C H I A R A

che a partire dalla data del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il compito del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (R.S.P.P.) è assunto direttamente dal sottoscritto Datore di Lavoro.

A tale proposito il sottoscritto dichiara che:

1. la propria impresa rientra nei limiti dimensionali di cui all'allegato II del decreto D. Lgs. 81/08
2. ha partecipato ai corsi di formazione previsti dalla vigente normativa

*Allega attestato di frequenza al corso di formazione in materia di igiene e sicurezza sul lavoro;*

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Datore di lavoro

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(timbro e firma)