

AUTOCERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA

“Dichiarazione del Datore di Lavoro di attività lavorativa che non comporta per il lavoratore esposizione a rischi lavorativi”

Spett. Direzione UFFICIO del LAVORO

**Egr. Responsabile
U.O.S. Medicina e Igiene del Lavoro**

**Egr. Responsabile
U.O.S. Sorveglianza Sanitaria
=Loro sedi=**

Il datore di lavoro _____
dell'impresa _____ Cod. Op. Economico _____
tipologia di produzione: _____
Indirizzo: _____ Loc.: _____ Tel.: _____
Data di costituzione dell'azienda: _____
Numero totale lavoratori dipendenti: _____
Numero totale lavoratori dipendenti stagionali/ collaboratori occasionali _____
Data di cessazione del rapporto di lavoro: _____

Dichiara

che in seguito al documento di valutazione dei rischi/relazione sintetica predisposto/a(*), sulla base di quanto previsto all'articolo 6 della Legge 18 Febbraio 1998 n. 31, in data _____ nell'ambito dell'attività lavorativa svolta, il/la lavoratore/lavoratrice neoassunto/a

Signor/Signora: _____
nato/a a _____ il _____ Cod.I.S.S.: _____
addetto alla mansione di: _____

non risulta esposto attualmente a rischi per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per i quali è obbligatoria la sorveglianza sanitaria, di cui all'allegato 1° del Decreto n.89/99.

Consapevole del contenuto della dichiarazione di cui sopra e delle eventuali conseguenze sanzionatorie previste dalla Legge n.31/98, si conferma l'assenza di rischi per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per i quali è necessario l'effettuazione della visita medica e del conseguente rilascio dell'idoneità alla mansione specifica.

San Marino

Timbro e Firma del RSPP(*)

Timbro e firma del datore di lavoro