

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

Prot. _____

Rieti, _____

Al Responsabile
Servizio di Prevenzione e Protezione
Dott.ssa Isabella Bianchetti

Oggetto: Designazione Addetti *“incaricati dell’attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell’emergenza”*, ex art. 18, comma 1 lett. b), D.lgs 81/08 e ss.mm.ii

PREMESSO che con le Deliberazioni n. 580/DG del 30/09/2014, n. 614/DG del 10/10/2014 e n. 992/DG del 06/11/2015 è stato approvato ed aggiornato il *“Regolamento aziendale per la sicurezza e tutela del lavoro”*, a norma del D.Lgs 81/08 e ss.mm.ii.;

CONSIDERATO che l’art. 11 del Regolamento prevede, tra gli adempimenti del Dirigente Delegato, quello di designare i preposti e gli addetti incaricati dell’attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio;

Il Direttore/Responsabile della U.O.C./UOSD _____ Dr./ssa _____, in qualità di Dirigente Delegato,

DESIGNA

Quale soggetto incaricato di attuare le *“misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave e immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell’emergenza”*, ex art. 18, comma 1 lett. b), D.lgs 81/08 e ss.mm.ii

1. _____

(Cognome , Nome e Qualifica professionale)

2. _____

(Cognome , Nome e Qualifica professionale)

3. _____

(Cognome , Nome e Qualifica professionale)

4. _____

(Cognome , Nome e Qualifica professionale)

5. _____

(Cognome , Nome e Qualifica professionale)

6. _____

(Cognome , Nome e Qualifica professionale)

Firma degli Addetti, per accettazione:

1. _____
Nome Cognome (in stampatello) e firma

2. _____
Nome Cognome (in stampatello) e firma

3. _____
Nome Cognome (in stampatello) e firma

4. _____
Nome Cognome (in stampatello) e firma

5. _____
Nome Cognome (in stampatello) e firma

6. _____
Nome Cognome (in stampatello) e firma

Firma del Direttore/Responsabile

U.O.C./UOSD _____

Dr./ssa _____