

**DESIGNAZIONE ADDETTI INCARICATI DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PRIMO SOCCORSO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, in qualità di Datore di Lavoro della \_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_,

**VISTI**

- o Art. 18, comma 1, lettera b), del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

**DESIGNA**

i seguenti lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di primo soccorso. Il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza è consultato in merito.

Nome e cognome degli addetti

Firma dell'addetto

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_  
6. \_\_\_\_\_  
7. \_\_\_\_\_

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

li, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del Datore di Lavoro

\_\_\_\_\_

Firma del Rappresentante

dei Lavoratori per la Sicurezza

(per consultazione)

\_\_\_\_\_