Spett.le

Dott.

Indirizzo Studio medico

Luogo e data

**Oggetto: Luogo di Conservazione Cartelle Sanitarie**

Secondo quanto stabilito dal D.Lgs 81/2008 all’art. 25, comma c

Con la presente comunicazione, si specifica che le cartelle sanitarie dei lavoratori della Società      , del sito produttivo di      , vengono mantenute archiviate presso:

[ ]  Sede del sito produttivo sito in

[ ]  Sede dello studio del Medico Competente, sito in

Si ribadisce che secondo quanto stabilito dal D.Lgs 81/2008 all’art. 25, comma e, alla cessazione del rapporto di lavoro con il lavoratore, copia della cartella sanitaria dovrà essere consegnata al lavoratore; l’originale della cartella dovrà essere conservata per un periodo di anni 10 a cura del Datore di Lavoro secondo quanto stabilito da D.Lgs 196/2003.

La presente, si intende integrativa alla nomina del Medico Competente già formalizzata e sostituisce ogni eventuale ulteriore definizione del luogo di conservazione delle cartelle sanitarie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma****Datore di Lavoro** |  | **Firma****Medico Competente** |
|  |  |  |

Fornire copia comunicazione per informazione a:

1. Responsabile Sicurezza Protezione e Prevenzione
2. Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza
3. Responsabile Risorse Umane