**Riportare su carta intestata dell’azienda**

**Oggetto: informativa sulla consegna al lavoratore della copia della cartella sanitaria e di rischio alla cessazione del rapporto di lavoro ed informazione relativa alla conservazione della medesima (art. 25, comma 1, lettera e) del D.Lgs. 81/2008 e successive modificazioni).**

Gentile Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

a seguito della cessazione del rapporto di lavoro con la nostra azienda, La invitiamo a contattare il medico competente per la consegna della copia della sua cartella sanitaria e di rischio, ai sensi dell’art. 25, comma 1, lettera e) del D.Lgs. 81/2008 e successive modificazioni:

Dr. Nome medico nominato

c/o Medicina & Lavoro srl

Via Michelangelo Buonarroti, 50

20093 Cologno Monzese (MI)

Tel 02 2531884 - Fax 02 89828962

Email info@medicinaelavoro.com

La informiamo che l’originale della cartella sanitaria e di rischio sarà conservata presso la sede del medico competente per un periodo di anni 10, nel rispetto di quanto disposto dal D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (art. 25, comma 1, lettera e) del D.Lgs. 81/2008).

lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’azienda

(Il Datore di Lavoro)

Firma del lavoratore per presa visione

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

MCA042/01 Pagina 1 di 1