Nome azienda

 Egregio Dottor

 …………………………………………………

Luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGGETTO: Revoca Nomina Medico Competente**

Egregio/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 Io sottoscritto/a Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di Titolare/Legale Rappresentante dell’Azienda in intestazione, comunica con la presente, la revoca dell’incarico di Medico Competente per la Sorveglianza Sanitaria dell’Azienda in questione. Si ritenga quindi libero da ogni incarico a partire dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, giorno da cui cessano gli obblighi di Legge di avvalermi della Sua attività professionale.

RingraziandoLa per la collaborazione intercorsa fino ad oggi, chiedo la restituzione di tutta la documentazione Sanitaria in Suo possesso e le porgo distinti saluti.

 Il Legale Rappresentante/Titolare

 (nome)

 (timbro + firma)