


Dati azienda/amministrazione

**Visita medica per "Sorveglianza sanitaria eccezionale"  
articolo 83, comma 2, decreto legge 19 maggio 2020, n. 34**

ATTO DI DELEGA DEL DATORE DI LAVORO (art. 16 del d.lgs. 81/2008 e s.m.i.)

Il sottoscritto:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Email/Pec \_\_\_\_\_

in qualità di datore di lavoro della seguente azienda:

Denominazione azienda \_\_\_\_\_ Codice Fiscale azienda \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del d.p.r. 445 del 28 dicembre 2000, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi.

**DELEGA**

Il/La Sig./Sig.ra

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Email/Pec \_\_\_\_\_

Per l'inoltro della richiesta di visita medica per sorveglianza sanitaria eccezionale dei lavoratori di cui all'art. 83, comma 2 del d.l. 19 maggio 2020, n. 34, tramite utilizzo dell'applicativo informatico messo a disposizione dall'Inail.

Firma del datore di lavoro\*

\* *allega copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore  
(art. 38, comma 3, del d.p.r. 28.12.2000 n. 445).*