

SCHEDA INFORMATIVA
PUNTO 7 del BANDO DI GARA

Oggetto: procedura aperta per la "REALIZZAZIONE COLLETTORE FOGNARIO ASTA LURA 3° LOTTO - 3° STRALCIO" - commessa 321 - CIG N. 05310593BF

Importo di appalto: euro 2.141.967,76, oltre IVA di cui:

- euro 1.782.544,65, (al netto degli oneri diretti di sicurezza per euro 16.188,60, compresi nella stima di progetto delle opere), a titolo di importo opere a base di gara, soggetto a ribasso;
- euro 16.188,60, a titolo di oneri diretti di sicurezza (inclusi nella stima di progetto delle opere) non soggetti a ribasso;
- euro 283.234,51, a titolo di oneri specifici della sicurezza, non soggetti a ribasso;
- euro 60.000,00 a titolo di somma contrattuale destinata al coordinamento delle interferenze

* * *

Il sottoscritto _____, nato il _____ a _____, in qualità di⁽¹⁾ _____ della ditta _____ con sede in _____, Via _____, cap. _____, codice fiscale _____, Partita IVA _____, tel. _____ fax _____ e-mail _____ ai fini della partecipazione alla procedura in oggetto

FORNISCE I SEGUENTI DATI
IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO
(all'interno della propria azienda)

Anagrafica

DITTA	
SEDE LEGALE	
TELEFONO/FAX	
INDIRIZZO E.MAIL	
COD. ISTAT	
REA	
LEGALE RAPPRESENTANTE	
RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	
RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI	

¹ la presente dichiarazione deve essere resa e sottoscritta dal titolare di impresa individuale, dal socio di società in nome collettivo, dall'accomandatario di società in accomandita, dal rappresentante legale di società di capitali (Presidente CdA, Vice presidente, amministratore delegato, amministratore unico), ovvero da loro procuratori. In quest'ultimo caso l'atto conferente i poteri di rappresentanza va incluso, A PENA DI ESCLUSIONE, tra i documenti di partecipazione;

PER LA SICUREZZA	
MEDICO COMPETENTE	
N° ADDETTI COMPLESSIVI	
POSIZIONE INAIL (numero di matricola) e sede	
POSIZIONE INPS (numero di matricola) e sede	
POSIZIONE CASSA EDILE (n. di matricola) e sede	
CONTRATTO C..N.L. applicato ai propri dipendenti	
POLIZZA R.C. N° COMPAGNIA/AGENZIA/ validità	

Adempimenti normativi

E' stata effettuata la valutazione dei rischi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
E' stato redatto un Documento di valutazione dei rischi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
E' stato istituito il libro matricola come previsto dall' art. 20 e 21 del DPR 1124 del 1965?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Infortuni

ANNO	LAVORATORI COMPLESSIVI	N °INFORTUNI	LIEVI	MO DERATI	GRAVI	LETALI
1*						
2**						
3**						

(*) anno in corso da precisare

(**) anni precedenti

Altro

<p>Altre informazioni che l'appaltatore ritiene utile fornire in merito al suo Servizio di Prevenzione e Protezione.</p>

Data _____

Timbro e Firma
