

SCHEMA INFORMATIVA  
**PUNTO 7 del BANDO DI GARA**

**OGGETTO:** Procedura aperta per la "DISMISSIONE DEGLI SCARICHI NEL TORRENTE BOZZENTE E COLLETTAMENTO DEI REFLUI AL DEPURATORE DI PERO - 3° STRALCIO"  
CIG n. 056626724F - commessa 916.3 - CUP: C43J10000100001

**Importo complessivo di appalto: euro 1.725.200,57, oltre IVA di cui:**

- euro 1.374.578,99, (al netto degli oneri diretti di sicurezza per euro 12.483,56, compresi nella stima di progetto delle opere), a titolo di importo opere a base di gara, soggetto a ribasso;
- euro 12.483,56, a titolo di oneri diretti di sicurezza (inclusi nella stima di progetto delle opere) non soggetti a ribasso;
- euro 158.138,02, a titolo di oneri specifici della sicurezza, non soggetti a ribasso;
- euro 180.000,00 a titolo di somma contrattuale destinata al coordinamento delle interferenze, da liquidarsi sulla base dei costi diretti ed indiretti sostenuti a tal fine dall'appaltatore;

\* \* \*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, in qualità di<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ 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	

<sup>1</sup> 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;

RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	
RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI 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 <b>libro matricola</b> 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	MODERATI	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

\_\_\_\_\_