

SCHEMA INFORMATIVA

PUNTO 9 SEZIONE 1 del DISCIPLINARE DI GARA

Oggetto: "PROGETTAZIONE ESECUTIVA E REALIZZAZIONE OPERE RELATIVE ALLE SEZIONI DI DISINFESTAZIONE, DEFOSFATAZIONE E FILTRAZIONE FINALE PRESSO I DEPURATORI DI CANEGRATE E BRESSO/NIGUARDA" CIG N.: 0434119653.

Importo complessivo d'appalto "a corpo": euro 7.432.493,88, oltre I.V.A.

* * *

Il sottoscritto _____, nato il _____ a _____, in qualità di⁽¹⁾ _____ della ditta _____ con sede in _____, Via _____, cap. _____, codice fiscale _____, Partita IVA _____, 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 PER LA SICUREZZA	
MEDICO COMPETENTE	
N° ADDETTI COMPLESSIVI	
POSIZIONE INAIL (numero di matricola)	

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;

POSIZIONE INPS (numero di matricola)	
POSIZIONE CASSA EDILE (numero di matricola)	
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
