

**Dati relativi all' Operatore economico**

**Il modulo deve essere compilato sempre e in tutte le sue parti per quanto applicabile<sup>1</sup>.**  
**(autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/00)**

Il sottoscritto:			
Nato a:			
Il:			
C.F.			
Residente in:			
<b>IN QUALITÀ DI TITOLARE / RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'IMPRESA</b>			
Ragione sociale:			
Partita IVA:		Codice Fiscale:	
<b>CON SEDE LEGALE IN</b>			
Indirizzo:			
Telefono:		Cellulare:	
Fax:		Email:	
Partita IVA:		Codice Fiscale:	
Ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, è consapevole della responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, e alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000.			

**DICHIARA**

N. di iscrizione alla. Camera di Commercio/Albo di categoria			
Classificazione ATECO:			
Tipologia contrattuale lavorativa:			
N. posizione INPS / cassa di previdenza:	Sede INPS:		
N. posizione INAIL:	Sede INAIL:		

<sup>1</sup> il presente modulo deve essere compilato in fase di selezione

N. Cassa Edile		Sede Cassa Edile:	
Certificazioni (eventuali):			
Datore di Lavoro <sup>2</sup> :		Legale Rappresentante <sup>2</sup> :	
N. Dipendenti <sup>2</sup> :			

Di risultare in regola con i pagamenti dei contributi previdenziali e delle ritenute fiscali per i propri dipendenti

Di avere stipulato una polizza assicurativa per danni civili a terzi

Massimale (€)

Scadenza

**Si forniscono informazioni dettagliate:**

sui rischi che si ritiene possano essere indotti, durante l'esecuzione dei lavori di cui al presente contratto, nei confronti di personale dell'Agenzia

Si  No

sul fatto che la ditta risulta disporre di capitali, conoscenza, esperienza e capacità tecniche, macchine, attrezzature, risorse e personale necessari e sufficienti per garantire l'esecuzione, a regola d'arte e nel rispetto della normativa di sicurezza sul lavoro vigente, delle attività che verranno svolte con gestione a proprio rischio e con organizzazione dei mezzi necessari

Si  No

**Notizie sulla organizzazione dell'OPERATORE ECONOMICO**

<b>SICUREZZA E TUTELA DELLA SALUTE</b>	Si	No
<b>Si dichiara di<sup>3</sup>:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aver effettuato la valutazione dei rischi in base alle normative vigenti comprendente le attività svolte per ARPAL<sup>3</sup></li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aver designato il responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione</li> <li>▪ <b>Indicare il nome:</b></li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aver nominato il Medico Competente</li> <li>▪ <b>Indicare il nome:</b></li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sottoporre il personale alla sorveglianza sanitaria che tiene conto anche delle attività svolte per ARPAL</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aver designato/i il/i rappresentante/i dei lavoratori per la sicurezza (RLS)<sup>3</sup></li> <li>▪ <b>Indicare il/i nome/i:</b></li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aver predisposto un programma di sorveglianza sanitaria</li> </ul>		

<sup>2</sup> se diverso dal Datore di Lavoro

<sup>3</sup> se applicabile

<ul style="list-style-type: none"> <li>aver fornito al personale l'informazione, la formazione e l'addestramento generali e specifici in tema di sicurezza e tutela della salute.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>aver fornito o fornire al personale, preventivamente all'inizio dell'attività, la formazione e in tema di sicurezza e tutela della salute necessari per le specifiche attività da eseguire in Agenzia</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>aver dotato il personale dei DPI necessari per le specifiche attività da eseguire</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>aver predisposto specifiche procedure di sicurezza per l'esecuzione dei lavori</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>aver verificato la conformità al d.lgs. 81/08 delle attrezzature da lavoro (se interessate dalla fornitura)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>utilizzare attrezzature di lavoro idonee ai fini della salute e sicurezza e conformi ai requisiti di sicurezza previsti dalla normativa vigente</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>aver predisposto e di rispettare il programma per la manutenzione delle proprie attrezzature (se interessate dalla fornitura)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>non essere oggetto di provvedimenti di sospensione o interdittivi di cui all'art. 14 del d.lgs. 81/08</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>di provvedere a richiedere informazioni sui rischi derivanti dall'interferenza delle attività, e sulle relative misure preventive e protettive nell'esecuzione dei lavori/servizi/manutenzioni</li> </ul>		

#### ORGANIZZAZIONE DEI LAVORI

È stato individuato il rappresentante dei lavori che terrà i contatti con l'Agenzia (indicare nome, numero di telefono, e-mail):
il sostituto del rappresentante dei lavori (indicare nome, numero di telefono, e-mail):

#### DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE

Autocertificazione, ai sensi dell'art 47 del DPR 445/2000, del possesso dei requisiti di idoneità tecnico professionale;
Elenco dei lavoratori risultanti dal libro matricola e relativa idoneità sanitaria prevista dal d.lgs. 81/08.

*Arpal tratta i vostri dati nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679 e Dlgs. 196/2003 novellato dal Dlgs. 101/2018). Per maggiori dettagli e per l'esercizio dei vostri diritti, vi invitiamo a visionare l'informativa completa presente sul nostro sito web <https://www.arpal.gov.it/privacy.html>*

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Per l'Operatore economico  
Timbro e firma del Datore di lavoro

**(PARTE DI COMPETENZA DI ARPAL)**

**VALUTAZIONE DELLA CONFORMITÀ DEI REQUISITI**

LA VERIFICA HA DATO ESITO:

POSITIVO

NEGATIVO (per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_

Data effettuazione verifica

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma del Responsabile per ARPAL

\_\_\_\_\_