**Dati relativi all’ Operatore economico**

**Il modulo deve essere compilato sempre e in tutte le sue parti per quanto applicabile[[1]](#footnote-1)**.

**(autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/00)**

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto: |  |
| Nato a: |  |
| Il: |  |
| C.F. |  |
| Residente in: |  |
| IN QUALITÀ DI **TITOLARE / RAPPRESENTANTE LEGALE** DELL'IMPRESA |
| Ragione sociale: |  |
| Partita IVA: |  | Codice Fiscale: |  |
| CON **SEDE LEGALE** IN |
| 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: |
| N. Cassa Edile | Sede Cassa Edile: |
| Certificazioni (eventuali): |  |
| Datore di Lavoro2: |  | Legale Rappresentante**[[2]](#footnote-2)**: |  |
| N. Dipendenti2: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SICUREZZA E TUTELA DELLA SALUTE****Si dichiara di[[3]](#footnote-3):** | Si | No |
| * aver effettuato la valutazione dei rischi in base alle normative vigenti comprendente le attività svolte per ARPAL3
 |  |  |
| * aver designato il responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione
* **Indicare il nome**:
 |  |  |
| * aver nominato il Medico Competente
* **Indicare il nome**:
 |  |  |
| * sottoporre il personale alla sorveglianza sanitaria che tiene conto anche delle attività svolte per ARPAL
 |  |  |
| * aver designato/i il/i rappresentante/i dei lavoratori per la sicurezza (RLS)3
* **Indicare il/i nome/i**:
 |  |  |
| * aver predisposto un programma di sorveglianza sanitaria
 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * aver fornito al personale l’informazione, la formazione e l’addestramento generali e specifici in tema di sicurezza e tutela della salute.
 |  |  |
| * 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
 |  |  |
| * aver dotato il personale dei DPI necessari per le specifiche attività da eseguire
 |  |  |
| * aver predisposto specifiche procedure di sicurezza per l’esecuzione dei lavori
 |  |  |
| * aver verificato la conformità al d.lgs. 81/08 delle attrezzature da lavoro (se interessate dalla fornitura)
 |  |  |
| * utilizzare attrezzature di lavoro idonee ai fini della salute e sicurezza e conformi ai requisiti di sicurezza previsti dalla normativa vigente
 |  |  |
| * aver predisposto e di rispettare il programma per la manutenzione delle proprie attrezzature (se interessate dalla fornitura)
 |  |  |
| * non essere oggetto di provvedimenti di sospensione o interdettivi di cui all’art. 14 del d.lgs. 81/08
 |  |  |
| * 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
 |  |  |

**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 economicoTimbro 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 |
|  |  |  |

1. il presente modulo deve essere compilato in fase di selezione [↑](#footnote-ref-1)
2. se diverso dal Datore di Lavoro [↑](#footnote-ref-2)
3. se applicabile [↑](#footnote-ref-3)