

Regione Piemonte
Azienda Sanitaria Locale CN2
Via Vida n.10 – 12051 – ALBA
C.F./Partita I.V.A. n.: 02419170044
E-mail certificata: aslcn2@cert.legalmail.it



Fac-simile da compilare e restituire

DICHIARAZIONE EX ART. 47 DPR 445/2000

Il sottoscritto (**NOME E COGNOME DEL RAPPRESENTANTE DELL'IMPRESA AGGIUDICATARIA**)

nato a il

In qualità di (**AMMINISTRATORE DELEGATO/AMMINISTRATORE UNICO/PRESIDENTE/ALTRA CARICA**),

della Ditta (**NOME DELL'IMPRESA AGGIUDICATARIA**).....

con sede legale in C.A.P.....

prov. (.....) Tel Fax

P. IVAC.F.....

DICHIARA

Consapevole della sussistenza di responsabilità penale, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/ 2000 e s.m.i., in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni non rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali:

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. di aver ricevuto dall'ASL CN 2 Alba-Bra le informazioni sui rischi specifici presenti nei luoghi di lavoro interessati dal **SERVIZIO ANESTESIOLOGICO PRESSO LE SALE OPERATORIE DEL P.O. S.LAZZARO DI ALBA.**

1. di essere in possesso del documento di valutazione dei rischi di cui all'art. 17, comma 1, lett. a) o autocertificazione di cui all'art. 29, comma 5 del D.lgs 81/2008 e s.m.i.

2. di essere in possesso dell'elenco dei dispositivi di protezione individuali idonei forniti ai lavoratori
3. di aver provveduto alla nomina del responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, degli incaricati alle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione, di primo soccorso e gestione dell'emergenza, del Medico competente quando necessario
4. di essere in possesso del nominativo dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza
5. di essere in possesso degli attestati inerenti la formazione delle figure di cui al punto 4) e 5)
6. di essere in possesso dell'elenco dei lavoratori risultanti dall'elenco del libro matricola e relativa idoneità sanitaria prevista dal D.Lgs 81/2008 e s.m.i. e che tutti i lavoratori sono regolarmente iscritti alla posizione INAIL di competenza
7. di essere in possesso del documento unico di regolarità contributiva di cui al D.M. 24/10/2007
8. di non essere oggetto di provvedimenti di sospensione o interdittivi di cui all'art. 114 del D.lgs 81/2008 e s.m.i.
9. di garantire che i propri rappresentanti hanno adeguato titolo per sottoscrivere per conto dell'impresa, i documenti redatti nell'ambito delle attività di cooperazione e coordinamento di cui all'art. 26 del D.lgs 81/2008 e s.m.i.
10. che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575
(QUESTA DICHIARAZIONE DEVE ESSERE PRODOTTA ANCHE DA TUTTI GLI AMMINISTRATORI MUNITI DEL POTERE DI RAPPRESENTANZA)
11. che nei propri confronti non risulta essere stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 del Codice di Procedura Penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale, né è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato per uno o più reati di partecipazione ad una organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati dall'art. 45, paragrafo 1, direttiva CE 2004/18;
(QUESTA DICHIARAZIONE DEVE ESSERE PRODOTTA ANCHE DA TUTTI GLI AMMINISTRATORI MUNITI DEL POTERE DI RAPPRESENTANZA)
12. di garantire che il personale sarà sempre munito di cartellino identificativo e che lo stesso sarà esposto per tutta la durata della permanenza nei luoghi di lavoro dell'ASL CN 2 e di essere a conoscenza delle sanzioni di legge, a carico del sottoscritto, per la mancata esposizione dello stesso

Allego, congiuntamente alla presente, copia fotostatica non autenticata del mio documento di identità in corso di validità.

Luogo e data

Nome e Cognome, timbro e firma