ASLCagliari **MODELLO PER LE DICHIARAZIONI RILASCIATE DAGLI OPERATORI ECONOMICI IN ORDINE AL REQUISITI DI PARTECIPAZIONE ALLA GARA (D.U.V.R.I.)**	

All'ASL Cagliari
Servizio Acquisti
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)

Oggetto: Procedura negoziata mediante cottimo fiduciario ex art. 125 comma 4 D.Lgs. 163/2006 per la fornitura, in modalità service, di trattamenti dialitici peritoneali per un anno destinato al Centro Nefrologia di Muravera

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ via _____

codice fiscale _____

nella sua qualità di
(legale rappresentante, procuratore, ecc) _____

dell'IMPRESA - CONSORZIO o GEIE _____

con sede legale in _____ cap _____

via _____ N° _____

e sede amministrativa in _____ cap _____

via _____ N° _____

telefono _____ telefax _____

codice fiscale n. _____ PARTITA IVA _____

sotto la propria responsabilità,

- consapevole ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi;
- consapevole che, qualora fosse accertata ai sensi e per gli effetti dell'art. 71 e 75 del D.P.R. 445/2000, la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, l'impresa da lui rappresentata verrà esclusa dalla procedura per la quale è rilasciata, o, se risultata aggiudicataria, decadrà dalla aggiudicazione medesima;
- consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione dopo l'avvio della fornitura, il contratto potrà essere risolto di diritto dalla ASL Cagliari ai sensi dell'art. 1456 cod. civ;

- informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n° 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

DICHIARA ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n°445:

1. Che il personale che sarà impiegato per l'Appalto in oggetto
   - è dotato delle abilitazioni necessarie;
   - risulta idoneo alle mansioni specifiche, in conformità alla sorveglianza sanitaria ove prevista ex art. 41 D.lgs. 81/08;
   - sarà adeguatamente informato e formato sulle misure di prevenzione e protezione relative alle mansioni svolte, sulle procedure di emergenza e di primo soccorso, art. 36-37 D.lgs. 81/08;
   - sarà dotato di ausili, dispositivi di protezione individuali (marcatura CE), idonei alla sicurezza del lavoro da eseguire;
   - sarà riconoscibile tramite tessera di riconoscimento esposta bene in vista sugli indumenti, corredata di fotografia, e contenente le generalità del lavoratore, l'indicazione del datore di lavoro e dell'impresa in appalto.
2. Che l'Appaltatore possiede il Documento di valutazione dei rischi ed il programma di miglioramento, ex art. 17 D.lgs. 81/08, con evidenza della tutela di ogni lavoratore e di ogni attività.
3. Che i mezzi e le attrezzature previsti per l'esecuzione dell'Appalto sono idonei, conformi alle norme di sicurezza vigenti, dotati dei necessari documenti di certificazione e controllo.
4. Che il costo relativo alla sicurezza del lavoro è indicato nell'offerta, e dettagliato nelle misure adottate rispetto all'entità e alle caratteristiche dei lavori, dei servizi e forniture.
5. Che ha preso visione del documento DUVRI (Manuale Operativo) di prima informazione sulle condizioni di lavoro.
6. Che provvederà a fornire ai lavoratori una adeguata formazione professionale specifica ai lavori oggetto del contratto.
7. Che la gestione dei rischi professionali specifici dell'intervento sarà di propria esclusiva competenza e responsabilità.
8. Che verrà integralmente rispettato quanto indicato all'interno del DUVRI, nonché di disporre che il proprio personale segnali immediatamente al Referente dell'Amministrazione eventi che possano richiedere dei mutamenti del contenuto del DUVRI stesso.

Si comunica inoltre

Iscriz.INAIL di _____, codice sede _____matricola n. _____,

Datore di lavoro: _____

Tel._____ @ mail _____

Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione: _____

Tel._____ @ mail _____

Medico competente: _____

Tel._____ @ mail _____

Rappresentante/i dei lavoratori per la sicurezza: _____

_____

Tel._____ @ mail _____

Tel._____ @ mail _____

Tel._____ @ mail _____

Referente per la sicurezza dell'appalto: _____

Tel._____ @ mail _____

Altre informazioni che si ritiene utile fornire in merito alla qualificazione organizzativa:

_____

_____

_____

_____

FIRMA del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

Data _____

Allegati:

COPIA FOTOSTATICA NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL SOTTO-SCRITTORE.