

Modulo D) autocertificazione Concorrenti

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE RELATIVO ALLA QUALIFICAZIONE TECNICO PROFESSIONALE DELL'IMPRESA (ai sensi dell'art. 26 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.)					
Sez. 1 ANAGRAFICA					
Sezione da compilare sempre	Ragione sociale				
	Indirizzo/sede legale				
	Tel.- Fax – e mail				
	Titolare/Leg. Rappr.				
	Direttore tecnico				
	Iscriz. registro imprese n.		Iscrizione CCIAA		
	Codice attività ISTAT		Anno inizio attività		
	Posizione INPS		Pos. INAIL		
	Pos. Cassa edile e prov.		Altro (doc. a parte)		
	<input type="checkbox"/> azienda familiare <input type="checkbox"/> impresa artigiana <input type="checkbox"/> cooperativa <input type="checkbox"/> impresa industriale <input type="checkbox"/> consorzio <input type="checkbox"/> ATI				
Sez 2 VERIFICA TECNICO PROFESSIONALE					
Sezione da compilare ad appalto aggiudicato				Indicazioni di dettaglio (produrre eventuali allegati)	
	Possesso attrezzature per esecuzione lavorazioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
	Disponibilità di macchine per esecuzione lavorazioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
	Possesso degli impianti per esecuzione lavorazioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
	Possesso delle risorse tecniche per esecuzioni lavorazioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
	Disponibilità di manodopera per esecuzioni lavorazioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Sez. 3 ORGANIZZAZIONE DELLA SICUREZZA					
Sezione da compilare sempre	Gli impianti/macchine/attrezzature necessarie per lo svolgimento dei lavori oggetto dell'offerta sono conformi alle indicazioni previste dalla normativa vigente in materia 'igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro				<input type="checkbox"/>
	Il personale dipendente che opererà per eseguire la prestazione oggetto dell'offerta è in possesso dei mezzi/attrezzature antinfortunistiche attinenti alla tipologia dei lavori da eseguire				<input type="checkbox"/>
	Presso la sede della ditta è giacente la documentazione relativa alla formazione professionale dei lavoratori specifica per l'esecuzione di lavori in ambienti sanitari				<input type="checkbox"/>
	Il personale dipendente è in possesso di DPI idonei e specifici per la mansione da eseguire				<input type="checkbox"/>
	Numero di lavoratori necessari per l'esecuzione dei lavori relativi all'offerta			
	Negli ultimi 3 anni si sono verificati n casi d'infortunio, ed in particolare:				
	Negli ultimi 3 anni la ditta ha già eseguito lavori simili presso altre aziende sanitarie, ed in particolare:				
	Altre informazioni e/o documentazione inerenti all'organizzazione della sicurezza che l'interessato ritiene utile fornire all'Azienda Ospedaliera				
	IL DICHIARANTE SI ASSUME PIENA RESPONSABILITA' IN MERITO A DICHIARAZIONI FALSE O NON VERITIERE				
	Data		Firma del Titolare/Legale Rappresentante		