



**GARA COMUNITARIA CENTRALIZZATA A PROCEDURA APERTA FINALIZZATA  
ALL'ACQUISIZIONE DEL SERVIZIO CUP OCCORRENTE ALLE AZIENDE  
SANITARIE DELLA REGIONE LAZIO**

**ALLEGATO 6**

**MODELLO DICHIARAZIONI  
ADEMPIMENTI IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO**



**MODELLO DI DICHIARAZIONE ADEMPIMENTI D. LGS. 81/08 s.m.i.**

**Spett.le REGIONE LAZIO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Oggetto APPALTO: **Affidamento del servizio CUP per le Aziende Sanitarie della Regione Lazio**

**Dichiarazione adempimenti sulla Sicurezza sul Lavoro - D. Lgs. 81/08 s.m.i.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (allegata fotocopia di valido documento d'identità) Legale Rappresentante o Titolare della Ditta

\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_ Via

**dichiara quanto segue**

1. Che il personale impiegato per l'Appalto in oggetto:
  - è dotato delle abilitazioni necessarie
  - risulta idoneo alle mansioni specifiche, in conformità alla sorveglianza sanitaria ove prevista - art.41 D.Lgs. 81/08 s.m.i.
  - è 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
  - è dotato di ausili, dispositivi di protezione individuali, idonei alla sicurezza del lavoro da eseguire
  - è 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, 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



Modello dichiarazioni  
Adempimenti in materia di Sicurezza sul Lavoro

Pag: 3 di 3

**Si comunica inoltre**

Datore di lavoro : \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ e-  
mail \_\_\_\_\_

Responsabile Servizio Prev. e Protezione : \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ e-  
mail \_\_\_\_\_

Medico Competente: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ e-  
mail \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

—

Lì, \_\_\_\_\_

In fede, f.to \_\_\_\_\_