

UOC Acquisizione Farmaci e Forniture per Malattie Rare
Tel. 0774.701049
mail: uocacquisizionefarmaciefornituremr@aslroma5.it
acquisizionefarmaciefornituremr@pec.aslroma5.it

ALLEGATO 3

Scheda verifica idoneità tecnico – professionale Art. 26 D. Lgs. 81/08

Procedura negoziata, ai sensi dell'art. 50 comma 1 lett. e) del D. Lgs. 36/2023 e smi, per l'affidamento della fornitura in noleggio di un laser chirurgico CO2 per le esigenze della UOC di Otorinolaringoiatria del P.O. di Tivoli per il periodo di 36 mesi, con garanzia full risk.

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 ex art.41 D.Lgs. 81/08
 - 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 (marcatura CE), 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, 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 dell'appalto
5. Che ha preso visione che dalla valutazione preliminare del RSPP non risultano rischi da interferenze

Si comunica inoltre

Datore di lavoro: Tel. @mail

Responsabile: Tel. @mail

Medico Competente: Tel. @mail

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

Firma
