

### ALLEGATO 3

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

**Procedura negoziata, ai sensi dell'art. 50 comma I lett. e) del D.Lgs. 36/2023, nella forma di RdO su piattaforma Telematica Stella, per l'affidamento della fornitura di n° 4 Ventilatori Polmonari per la Terapia Intensiva del P.O. Angelucci di Subiaco.  
A valere sui fondi DGR 899/2025**

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

---