

**ALLEGATO "C"**

**Spett.le I.F.O.**

**OGGETTO DELL'APPALTO:** PROCEDURA DI GARA PER L'AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI UN SISTEMA MACCHINA/REATTIVI PER LA DIAGNOSTICA IN METODO MICROPIASTRA PER LA DIAGNOSI IMMUNOEMATOLOGICA FINALIZZATA ALLA TERAPIA TRASFUSIONALE OCCORRENTE AL SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE DEGLI IFO

LAVORI     SERVIZI     FORNITURE

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 previsto 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 della valutazione preliminare dei rischi da interferenze

Si comunica inoltre

Datore di lavoro : ..... Tel. .... @ mail .....

Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione : ..... Tel. .... @ mail .....

Medico Competente : ..... Tel. .... @ mail .....

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

Li, \_\_\_\_\_

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