**Il presente documento deve essere compilato per le parti di pertinenza e restituito al committente**

IDENTIFICAZIONE DELL’AZIENDA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ragione sociale** |  | **Partita I.V.A.** |  |  |
| **C.C.N.L. applicato** |  |  |
| **Sede legale** |  |  |
| **Sede stabilimento** |  |  |
|  | **Recapiti:** telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Legale Rappresentante** |  |  | **Occupati n** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Iscritta alla C.C.I.A.A.** di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **dal** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **n° di Registro** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Attività oggetto di iscrizione alla C.C.I.A.A.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **INPS** sede di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **N. matricola INPS** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **INAIL** sede di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **Codice Ditta n.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ allegare DURC |
|  | **Polizza Responsabilità Civile verso terzi** stipulata con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **L’Azienda è ricompresa tra quelle identificate nel comma 6 art. 31 D.Lgs 81/08** Si 🞎 No 🞎**Se SI: Nominativo del RSPP (**Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data di invio nomina a enti competenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data effettuazione corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Se No: Data effettuazione corso da parte del Datore di Lavoro in qualità di RSPP** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Il Datore di Lavoro ha nominato il Medico Competente (art 18 D.Lgs. 81/08)** Si 🞎 No 🞎**Se SI: Nominativo Medico Competente** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Classificazione Azienda ai sensi del D.M. 388 del 15/07/2003** A 🞎 B 🞎 C 🞎Nominativi Addetti al Primo Soccorso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data effettuazione corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  Classificazione dell’Azienda ai sensi dell’allegato IX D.M. 10/03/1998: **rischio basso** 🞎 **rischio medio** 🞎 **rischio elevato** 🞎Nominativi Addetti Antincendio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data effettuazione corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# SISTEMA DI GESTIONE

|  |  |
| --- | --- |
| L'azienda ha implementato un sistema di gestione della qualità sulla base delle norme UNI EN ISO 9001:2015E' in corso di validità?Data ultima verifica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ente di certificazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Si 🞎 No 🞎 |
| L'azienda ha implementato un sistema di gestione dell'ambiente sulla base di norme UNI EN ISO14001:2015E' in corso di validità?Data ultima verifica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ente di certificazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Si 🞎 No 🞎 |
| L'azienda ha implementato un sistema di gestione della sicurezza sulla base di norme OHSAS: 18001:2015E' in corso di validità?Data ultima verifica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ente di certificazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Si 🞎 No 🞎 |
| L'azienda ha implementato un sistema di gestione della responsabilità sociale sulla base della norma SA8000 E' in corso di validità?Data ultima verifica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ente di certificazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Si 🞎 No 🞎 |
| L'azienda ha implementato un sistema di gestione della sicurezza sulla base di norme UNI INAIL:2018 | Si 🞎 No 🞎 |

# SICUREZZA SUL LAVORO

Legenda: N.A. non applicabile (l’attività della ditta non rientra nel campo di applicazione della specifica legge).

SI la ditta ha applicato quanto previsto dalle leggi vigenti e può dimostrarlo a NS richiesta, con documentazione appropriata.

NO la Ditta non rispetta le leggi vigenti inerente all’argomento specifico per cui non può essere accettato come fornitore.

L'azienda è in possesso di:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - Documento di valutazione di tutti i rischi (art.17 e 28 D. Lgs.81/08)?  | Si  | No  | N.A |
| ultima data di revisione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| se la risposta è no, l'azienda rientra nei casi previsti dal comma 5 art.29 del D.Lgs. 81/08(azienda con meno di 10 addetti) autocertificazione? | Si  | No  | N.A  |
| - Documento di valutazione del rischio rumore (art. 190 D.lgs.81/08)? | Si  | No  | N.A  |
| ultima data di revisione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| - Piano Operativo di Sicurezza (art 26 D.Lgs. 81/08) riportante l’individuazione dei rischi e le misure di prevenzione da adottare nell’esecuzione dei lavori oggetto dell’appalto | Si  | No  | N.A  |
| ultima data di revisione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |

## FORMAZIONE DEI LAVORATORI

I lavoratori dipendenti dell'azienda hanno partecipato a corsi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1) Sulla sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, sui rischi specifici della mansione ed uso macchine ed attrezzature da lavoro (art.36 e 37 D.Lgs. 81/08)Data dell'ultimo corso svolto dai vs. lavoratori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎SI | 🞎NO | 🞎N.A |
| 2) Sul rischio rumore ed uso otoprotettori (Art. 195 D.Lgs.81/08)? Data dell'ultimo corso svolto dai vs. lavoratori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎SI | 🞎NO | 🞎N.A |
| 3) Sulla lotta agli incendi (art 37 e 46 D.Lgs.81/08 DM 10/3/98 addetti antincendio)?  Data dell'ultimo corso svolto dai vs. lavoratori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎SI | 🞎NO | 🞎N.A |
| 4) Sul pronto soccorso (art 36 e 36 D. Lgs.81/08, DM 388/2003 addetti al primo soccorso)?Data dell'ultimo corso svolto dai vs. lavoratori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎SI | 🞎NO | 🞎N.A |
| 5) Rischio cadute dall’alto ed uso DPI di III categoria? Data dell'ultimo corso svolto dai vs. lavoratori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎SI | 🞎NO | 🞎N.A |
| 6) Rischio cadute dall’alto, USO SCAL ?Data dell'ultimo corso svolto dai vs. lavoratori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎SI | 🞎NO | 🞎N.A |
| 6) Uso mezzi di sollevamento e trasporto (carrelli elevatori, gru a ponte o a torre, sollevatori a braccio articolato con cesta o piattaforme aeree, se rischio presente.)Data dell'ultimo corso svolto dai vs. lavoratori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎SI | 🞎NO | 🞎N.A |
| **CONSULTAZIONE DEI LAVORATORI** |  |  |  |
| 1) I lavoratori dipendenti dell'azienda hanno eletto il loro Rappresentante per la Sicurezza (Art. 47 D.Lgs.81/08)? Indicare il numero di RLS presenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎SI | 🞎NO | 🞎N.A |
| 2) Il/I RLS hanno partecipato al corso di formazione previsto dal DM 16 gennaio 1997 di 32 ore (Art. 47 D.Lgs.81/08)? Data di partecipazione al corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞎SI | 🞎NO | 🞎N.A |

###### **INFORTUNI**

Riportare i numeri degli **infortuni annuali** subiti dai Vs. lavoratori nell’ ultimo periodo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2019 n. infortuni | 2020 n. infortuni | 2021 n. infortuni | 2022 n. infortuni |

**VISITE ISPETTIVE**

Riportare i numeri e le tipologie delle **visite ispettive** effettuate dagli organi di vigilanza nell’ ultimo quadriennio

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |

Data ………………………. Il Legale Rappresentante

 (Timbro e Firma Fornitore)