



ASP AZALEA

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA DEL DISTRETTO DI PONENTE

Sede legale 29015 Castel San Giovanni – Corso Matteotti, 124

Partita IVA 01538050335 – Codice Fiscale 91094630331

Tel. 0523.882465 – Mail aspazalea@pec.it - info@aspazalea.it

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	Se SI: Nominativo Medico Competente			

	telefono _____ fax _____ e-mail _____			



ASP AZALEA

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA DEL DISTRETTO DI PONENTE

Sede legale 29015 Castel San Giovanni – Corso Matteotti, 124

Partita IVA 01538050335 – Codice Fiscale 91094630331

Tel. 0523.882465 – Mail aspazalea@pec.it - info@aspazalea.it

	Classificazione Azienda ai sensi del D.M. 388 del 15/07/2003 A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> rischio medio <input type="checkbox"/> rischio elevato <input type="checkbox"/> 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 9001:2015 E' in corso di validità? Data ultima verifica _____ Ente di certificazione _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
L'azienda ha implementato un sistema di gestione dell'ambiente sulla base di norme UNI EN ISO14001:2015 E' in corso di validità? Data ultima verifica _____ Ente di certificazione _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
L'azienda ha implementato un sistema di gestione della sicurezza sulla base di norme OHSAS: 18001:2015 E' in corso di validità? Data ultima verifica _____ Ente di certificazione _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
L'azienda ha implementato un sistema di gestione della sicurezza sulla base di norme UNI INAIL:2018	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>



ASP AZALEA

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA DEL DISTRETTO DI PONENTE

Sede legale 29015 Castel San Giovanni – Corso Matteotti, 124

Partita IVA 01538050335 – Codice Fiscale 91094630331

Tel. 0523.882465 – Mail aspazalea@pec.it - info@aspazalea.it

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: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N.A
2) Sul rischio rumore ed uso otoproprotettori (Art. 195 D.Lgs.81/08)? Data dell'ultimo corso svolto dai vs. lavoratori: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 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: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 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: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N.A



ASP AZALEA

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA DEL DISTRETTO DI PONENTE

Sede legale 29015 Castel San Giovanni – Corso Matteotti, 124

Partita IVA 01538050335 – Codice Fiscale 91094630331

Tel. 0523.882465 – Mail aspazalea@pec.it - info@aspazalea.it

5) Rischio cadute dall'alto ed uso DPI di III categoria? Data dell'ultimo corso svolto dai vs. lavoratori: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N.A
6) Rischio cadute dall'alto, USO SCAL ? Data dell'ultimo corso svolto dai vs. lavoratori: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 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: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 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 _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N.A
2) Il/la 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 _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 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)