

A.O. Ospedale San Carlo Borromeo		
	ALLEGATO 2 Dati dell'appaltatore e rischi introdotti	SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

(compilare e firmare a cura dell'impresa appaltatrice)

DATI DELL'IMPRESA APPALTATRICE

DITTA APPALTARICE (RAGIONE SOCIALE)	
TELEFONO	
FAX	
E-MAIL	
DATORE DI LAVORO	
RSPP	
MEDICO COMPETENTE	
RLS	
DOCUMENTAZIONE CONSEGNATA: <input type="checkbox"/> ESTRATTO DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI RELATIVO ALL'ATTIVITÀ OGGETTO DELL'APPALTO	

A.O. Ospedale San Carlo Borromeo		
	ALLEGATO 2 Dati dell'appaltatore e rischi introdotti	SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

ATTIVITA' IN OGGETTO – Descrizione

ATTIVITÀ DA SVOLGERE			
LUOGHI DI LAVORO			
DATA DI INIZIO LAVORI		DATA DI FINE LAVORI	
ORARIO IN CUI VIENE SVOLTO IL LAVORO			
RESPONSABILE DEI LAVORI			
PERSONALE INCARICATO			
MACCHINE / ATTREZZATURE DI PROPRIETÀ DELL'APPALTATORE			
MACCHINE / ATTREZZATURE DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA OSPEDALIERA			
AGENTI CHIMICI E GAS UTILIZZATI			
DPI FORNITI			
ALTRO			
RIFIUTI PRODOTTI E MODALITÀ DI SMALTIMENTO			

Compilato da: _____

Funzione: _____

data: _____

Firma _____

A.O. Ospedale San Carlo Borromeo		
	ALLEGATO 2 Dati dell'appaltatore e rischi introdotti	SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

(compilare su carta intestata a cura dell'impresa appaltatrice)

Il sottoscritto, dopo aver preso visione del quadro dei rischi specifici, riportati nel documento informativo ricevuto dall'Ospedale San Carlo Borromeo

DICHIARA

- ☐ che l'attività lavorativa oggetto dell'appalto **NON** introduce negli ambienti di lavoro in cui si dovrà operare rischi di tipo ed entità aggiuntivi rispetto a quelli già esistenti ed indicati dal committente;
- ☐ che l'attività lavorativa oggetto dell'appalto introduce negli ambienti di lavoro in cui si dovrà operare i seguenti rischi aggiuntivi rispetto a quelli già esistenti ed indicati dal committente:

RISCHIO	DESCRIZIONE	LUOGHI
<input type="checkbox"/> BIOLOGICO		
<input type="checkbox"/> CHIMICO		
<input type="checkbox"/> ELETTRICO		
<input type="checkbox"/> FISICO (RUMORE, VIBRAZIONI, ECC...)		
<input type="checkbox"/> INCENDIO		
<input type="checkbox"/> MECCANICO		
<input type="checkbox"/> MOVIMENTAZIONE DEI CARICHI		
<input type="checkbox"/> RADIAZIONI IONIZZANTI		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

L'impresa si impegna a comunicare successivamente ogni eventuale modifica o innovazione tecnologica e/o organizzativa introdotta nella propria attività lavorativa che potrebbe costituire elemento di interferenza e/o fattore di rischio per i lavoratori dell'Ospedale e/o delle altre imprese presenti all'interno degli ambienti di lavoro dell'Ospedale, al fine di consentire l'attivazione del committente per l'aggiornamento del Documento Unico di Valutazione dei Rischi derivanti da Interferenze (DUVRI).

Firma del **Legale Rappresentante/Datore di Lavoro**

data
