



Direttore  
Dott. Aristide Tortora



S.C. SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE  
Via Giovanni Falcone, 60, 84014 Nocera Inferiore (SA)  
Tel. e fax 081 9212146

**DICHIARAZIONE DELL'IMPRESA ESECUTRICE  
DI LAVORO IN SOMMINISTRAZIONE  
(art. 26 del D.Lgs. 81/08)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**IN QUALITA' DI TITOLARE DELL'IMPRESA INDIVIDUALE:**

\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Partita IVA: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_

*oppure*

**IN QUALITÀ DI RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA SOCIETA':**

\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Partita IVA: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_

**IN RIFERIMENTO:**

all'incarico di somministrazione lavoro \_\_\_\_\_

da realizzare presso la struttura della ASL SALERNO di \_\_\_\_\_

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE, IN CASO DI FALSITÀ IN ATTI E DI DICHIARAZIONE MENDACE, AI SENSI DEGLI ARTICOLI 48 E 76 DEL DPR 28/12/2000 N. 445;

**DICHIARA**

CHE L'ORGANICO MEDIO DELL'ULTIMO ANNO SOLARE DELL'AZIENDA, DISTINTO PER QUALIFICA, E' STATO IL SEGUENTE:

N.	QUALIFICA

CHE L'AZIENDA NELL'ULTIMO ANNO SOLARE NON HA AVUTO DIPENDENTI;

CHE L'AZIENDA HA APERTO LE SEGUENTI POSIZIONI ASSICURATIVE:

N. Posizione INAIL OPERAI	N. Posizione INAIL IMPIEGATI	N. Posizione INPS

CHE L'AZIENDA APPLICA IL SEGUENTE CONTRATTO DI LAVORO:

---

---

---

---

**CHE L'AZIENDA È IN REGOLA CON IL VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI ALL'INPS E (SE DOVUTI) ALL'INAIL**

A tal fine allega:

1. CERTIFICATO CIIAA AGGIORNATO
2. DOCUMENTO UNICO DI REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA – DURC (\*)
3. AUTOCERTIFICAZIONE DEL POSSESSO DEI REQUISITI DI IDONEITÀ TECNICO PROFESSIONALE
4. ELENCO DEL PERSONALE IMPEGNATO NEL LAVORO IN APPALTO E AUTOCERTIFICAZIONE DELL'AVVENUTA INFO-FORMAZIONE SPECIFICA.

In conclusione, il sottoscritto **comunica** che sono individuati i seguenti nominativi come figure responsabili nell'ambito del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, con riferimento al lavoro da compiere:

Figura	Cognome	Nome
Datore di Lavoro		
Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione		
Medico Competente		
Rappresentante dei lavoratori		
Referente locale per il lavoro (preposto)		

Il sottoscritto si dichiara consapevole delle responsabilità dirette che ricadono sulla sua competenza in ordine alla conduzione diretta dei lavori di cui sopra, relativamente alla organizzazione dei lavoratori, formazione, informazione, rilascio degli adeguati DPI, utilizzo delle attrezzature, degli apprestamenti provvisori, ect., per i quali, relativamente ai rischi da interferenza ha accettato il valore dei costi della sicurezza che sono specificati dettagliatamente nel contratto generale o comunque stabiliti nella commessa (in mancanza di apposite indicazioni i costi della sicurezza per i rischi da interferenza sono ritenuti nulli, cioè pari a € 0,00).

Ai sensi dell'art.38, comma 3, del DPR 28/12/2000 n. 445, alla presente autocertificazione viene allegata fotocopia (chiara e leggibile) di un documento di identità del sottoscrittore.

*(\*) si richiede a titolo collaborativi senza obbligo*

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
*allegare documento di identità come da art. 38 del DPR445/2000*