

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ACCESSI FORNITORI

(Modulo da compilare per ciascun sito ove verrà svolta l'attività commissionata. In caso di variazioni dei dati e delle informazioni riportate nel presente Modulo, l'Appaltatore dovrà rielaborarlo e riconsegnarlo al Committente)

RIFERIMENTI RICHIESTA DI ACCESSO

In relazione alle attività di _____
(Riferimenti RDA/Ordine/Contratto numero _____)
da svolgersi nel sito ubicato in _____,
il sottoscritto _____,
in qualità di Datore di Lavoro/Delegato del Datore di Lavoro dell'Impresa _____
con sede legale in _____

DICHIARA

che il **Preposto** individuato ai sensi del D.lgs 81/08 per le attività oggetto di appalto è:

RICHIEDE

l'autorizzazione all'accesso per il personale, le attrezzature, i veicoli, e i macchinari elencati nelle tabelle contenute nel presente modulo.

ELENCO DEGLI AUTOVEICOLI DELL'APPALTATORE CHE DOVRANNO ACCEDERE NEL SITO

Tipologia (Autovettura, autocarro, mezzo d'opera, autoveicolo per uso speciale, etc)	Marca e modello	Targa

N.B. = Se necessario aggiungere righe

ELENCO DEI LAVORATORI DELL'APPALTATORE CHE SVOLGERANNO LE ATTIVITÀ

NB: Inserire anche il nominativo del **PREPOSTO** e di qualunque altro soggetto abbia necessità di ingresso

COGNOME: _____ NOME: _____ MANSIONE: _____
NATO A: _____ PROVINCIA DI: _____ IL: _____
CITTADINANZA: _____ NUMERO E SCADENZA PERMESSO DI SOGGIORNO: _____
TIPO E NUMERO DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ: _____
RILASCIATO DA: _____
FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO: PES ☐; PAV ☐; AUTOGRU ☐; MULETTO ☐; PIATTAFORMA ELEVABILE ☐; F-GAS ☐;
DPI III CAT. ANTICADUTA ☐; SPAZI CONFINATI ☐; ALTRO (specificare) ☐: _____

COGNOME: _____ NOME: _____ MANSIONE: _____
NATO A: _____ PROVINCIA DI: _____ IL: _____
CITTADINANZA: _____ NUMERO E SCADENZA PERMESSO DI SOGGIORNO: _____
TIPO E NUMERO DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ: _____
RILASCIATO DA: _____
FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO: PES ☐; PAV ☐; AUTOGRU ☐; MULETTO ☐; PIATTAFORMA ELEVABILE ☐; F-GAS ☐;
DPI III CAT. ANTICADUTA ☐; SPAZI CONFINATI ☐; ALTRO (specificare) ☐: _____

COGNOME: _____ NOME: _____ MANSIONE: _____
NATO A: _____ PROVINCIA DI: _____ IL: _____
CITTADINANZA: _____ NUMERO E SCADENZA PERMESSO DI SOGGIORNO: _____
TIPO E NUMERO DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ: _____
RILASCIATO DA: _____
FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO: PES ☐; PAV ☐; AUTOGRU ☐; MULETTO ☐; PIATTAFORMA ELEVABILE ☐; F-GAS ☐;
DPI III CAT. ANTICADUTA ☐; SPAZI CONFINATI ☐; ALTRO (specificare) ☐: _____

COGNOME: _____ NOME: _____ MANSIONE: _____
NATO A: _____ PROVINCIA DI: _____ IL: _____
CITTADINANZA: _____ NUMERO E SCADENZA PERMESSO DI SOGGIORNO: _____
TIPO E NUMERO DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ: _____
RILASCIATO DA: _____
FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO: PES ☐; PAV ☐; AUTOGRU ☐; MULETTO ☐; PIATTAFORMA ELEVABILE ☐; F-GAS ☐;
DPI III CAT. ANTICADUTA ☐; SPAZI CONFINATI ☐; ALTRO (specificare) ☐: _____

COGNOME: _____ NOME: _____ MANSIONE: _____
NATO A: _____ PROVINCIA DI: _____ IL: _____
CITTADINANZA: _____ NUMERO E SCADENZA PERMESSO DI SOGGIORNO: _____
TIPO E NUMERO DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ: _____
RILASCIATO DA: _____
FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO: PES ☐; PAV ☐; AUTOGRU ☐; MULETTO ☐; PIATTAFORMA ELEVABILE ☐; F-GAS ☐;
DPI III CAT. ANTICADUTA ☐; SPAZI CONFINATI ☐; ALTRO (specificare) ☐: _____

COGNOME: _____ NOME: _____ MANSIONE: _____
NATO A: _____ PROVINCIA DI: _____ IL: _____
CITTADINANZA: _____ NUMERO E SCADENZA PERMESSO DI SOGGIORNO: _____
TIPO E NUMERO DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ: _____
RILASCIATO DA: _____
FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO: PES ☐; PAV ☐; AUTOGRU ☐; MULETTO ☐; PIATTAFORMA ELEVABILE ☐; F-GAS ☐;
DPI III CAT. ANTICADUTA ☐; SPAZI CONFINATI ☐; ALTRO (specificare) ☐: _____

COGNOME: _____ NOME: _____ MANSIONE: _____
NATO A: _____ PROVINCIA DI: _____ IL: _____
CITTADINANZA: _____ NUMERO E SCADENZA PERMESSO DI SOGGIORNO: _____
TIPO E NUMERO DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ: _____
RILASCIATO DA: _____
FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO: PES ☐; PAV ☐; AUTOGRU ☐; MULETTO ☐; PIATTAFORMA ELEVABILE ☐; F-GAS ☐;
DPI III CAT. ANTICADUTA ☐; SPAZI CONFINATI ☐; ALTRO (specificare) ☐: _____

N.B. = Se necessario aggiungere righe

Il sottoscritto _____, nella sua qualità di Datore di Lavoro/Delegato del Datore di Lavoro dell'Impresa _____ con sede legale in _____, consapevole delle norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445 relative alle ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA INOLTRE

- ✓ che tutte le informazioni riportate nel presente modulo corrispondono al vero;
- ✓ che i lavoratori e gli eventuali collaboratori esterni (lavoratori autonomi) riportati nell'elenco del presente modulo sono tutti regolarmente contrattualizzati dalla propria impresa;
- ✓ che tutti i propri lavoratori hanno regolarmente frequentato il corso in materia di salute e sicurezza sul lavoro previsto dall'art. 37 D.lgs. 81/08 e gli eventuali altri corsi di formazione e di addestramento di cui si è dichiarata la presenza;
- ✓ di aver verificato l'idoneità tecnico professionale dei propri collaboratori esterni (lavoratori autonomi);
- ✓ di aver ricevuto il Documento Informativo relativo ai rischi specifici di sito.

Il sottoscritto Datore di Lavoro/Delegato del Datore di Lavoro si impegna, inoltre, a trasmettere copia aggiornata del presente modulo in casi di variazioni del personale chiamato a svolgere le attività e a fornire, su richiesta, copia di tutta la documentazione comprovante la veridicità di quanto dichiarato nel presente documento.

Data di compilazione: _____

CLEDAN s.r.l.
Via Leuciana, snc
03037 Ponte Rotto (FR)
P.Iva 02 429 830 603

TIMBRO E FIRMA DEL DATORE DI LAVORO

Spazio riservato al Referente Tecnico delle attività commissionate da Leonardo Global Solutions S.p.A. (LGS) o, laddove applicabile, al Coordinatore Sicurezza in fase di Esecuzione dei lavori (CSE):

Data inizio attività: _____ Data fine attività: _____

Data, nominativo e firma del Referente Tecnico Attività LGS o, laddove applicabile, del Coordinatore per l'esecuzione dei lavori LGS:

Data: _____ Nominativo: _____

Firma: _____