

## 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 manutenzione specialistica macchine  
 (Riferimenti RDA/Ordine/Contratto numero 8420078776)  
 da svolgersi nel sito ubicato in Anagni (Fr)  
 il sottoscritto Massimo Sarpa  
 in qualità di Datore di Lavoro/Delegato del Datore di Lavoro dell'Impresa Massimo Sarpa Libero professionista  
 con sede legale in Bisaccia (AV)

### DICHIARA

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

### 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 <i>(Autovettura, autocarro, mezzo d'opera, autoveicolo per uso speciale, etc)</i>	Marca e modello	Targa
Autoveicolo	Ford Fiesta	DK893SM
Autoveicolo	FIAT TIPO	FS088EP

*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: <u>Sarpa</u>	NOME: <u>Massimo</u>	MANSIONE: _____
NATO A: <u>Napoli</u>	PROVINCIA DI: <u>Napoli</u>	IL: <u>12/02/1973</u>
CITTADINANZA: <u>Italiana</u>	NUMERO E SCADENZA PERMESSO DI SOGGIORNO: _____	
TIPO E NUMERO DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ: <u>CI AV8090523</u>		
RILASCIATO DA: <u>Comune di Napoli</u>		
FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO: PES <input type="checkbox"/> ; PAV <input type="checkbox"/> ; AUTOGRU <input type="checkbox"/> ; MULETTO <input type="checkbox"/> ; PIATTAFORMA ELEVABILE <input type="checkbox"/> ; F-GAS <input type="checkbox"/> ;		
DPI III CAT. ANTICADUTA <input type="checkbox"/> ; SPAZI CONFINATI <input type="checkbox"/> ; ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> : _____		

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

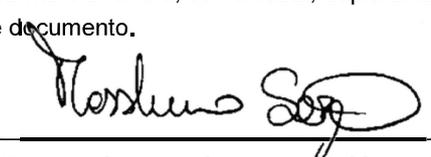
Il sottoscritto Massimo Sarpa, nella sua qualità di Datore di Lavoro/Delegato del Datore di Lavoro dell'Impresa Massimo Sarpa Libero professionista con sede legale in Bisaccia (AV), consapevole delle norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445 relative alle ipotesi di falsità 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: 08/09/2024

  
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: \_\_\_\_\_