



CENTRALE UNICA DI COMMITTENZA

tra i Comuni di Velletri - Lariano e la Velletri Servizi S.p.a –Volsca Ambiente e Servizi S.p.a
Sede Comune Capofila: Piazza Cesare Ottaviano Augusto n.1 00049 Velletri (Rm)
Tel 0696158244 E-mail PEC ufficio.gare@pec.comune.velletri.rm.it

MODELLO [5]

INDICAZIONE DEI COSTI DELLA MANODOPERA E DEI COSTI AZIENDALI DELLA SICUREZZA

Oggetto della gara:

AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI RECUPERO E SMALTIMENTO DELLA FRAZIONE ORGANICA DEL RIFIUTO URBANO, IDENTIFICATA CON CODICE CER 20.01.08, PROVENIENTE DALLA RACCOLTA DIFFERENZIATA EFFETTUATA COL METODO DEL PORTA A PORTA NELLA CITTÀ DI VELLETRI. PERIODO NOVEMBRE – DICEMBRE 2019

Scadenza offerte: 28/10/2019

Ore: 12.00

CIG 8063031FA8

Il sottoscritto

nato a il

codice fiscale.....

residente a

in Via n. c.a.p.

in qualità di:

dell'Operatore economico concorrente.....

con sede a

in Via n. c.a.p.

codice fiscale P.IVA

DICHIARA

che per l'intera durata del contratto sosterrà i seguenti costi della manodopera:

TABELLA DEI COSTI DELLA MANODOPERA PER L'INTERA DURATA DEL CONTRATTO

1	2		3	4	5	6 = 4 x 5
N.	Numero Unità	Descrizione/Qualifica	U.M.	Quantità	Costo minimo manodopera unitario (€)	Costo manodopera (€)
TOTALE						
Diconsi EURO _____						

DICHIARA INOLTRE

che per l'intera durata del contratto sosterrà i seguenti oneri aziendali della sicurezza:

TABELLA DEGLI ONERI AZIENDALI DELLA SICUREZZA PER L'INTERA DURATA DEL CONTRATTO		
Colonna 1		Colonna 2
Misure per la prevenzione e gestione del rischio aziendale (contrassegnare con una X in corrispondenza della/e voce/i descrittiva/e pertinente/i)		Importo stimato per lo specifico appalto
1	Per le attività svolte del Servizio di Prevenzione e Protezione dai Rischi	€
☐ Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione ☐ Addetto/i al SPP Rischi ☐ Riunione periodica ☐ Altro		
2	Per la Formazione, Informazione e Addestramento	€
☐ Informazione ☐ Formazione obbligatoria ☐ Addestramento obbligatorio ☐ Altro		
3	Per la Sorveglianza Sanitaria	€
☐ Medico Competente (svolgimento dell' attività) ☐ Sorveglianza Sanitaria ☐ Visite Mediche ☐ Altro		
4	Per la Gestione delle Emergenze	€
☐ Primo Soccorso (attrezzature di primo soccorso, B25cassette di medicazione ecc.) (art. 45 del D.Lgs n. 81/2008) ☐ Personale addetto/i al Primo Soccorso (relativa formazione, aggiornamento ecc.) (art. 45 comma 2) ☐ Prevenzione Incendi (estintori ecc.) (art. 46 del D.Lgs n. 81/2008) ☐ Personale addetto/i alla Prevenzione Incendi (relativa formazione, aggiornamento ecc.) (art. 46 comma 3 lett. b) ☐ Altro		
5	Per la pianificazione: redazione documenti	€
☐ Documenti di Valutazione dei Rischi (DVR) ☐ Altro		
6	Per l' uso delle attrezzature di lavoro	€
☐ Attività per la manutenzione dei requisiti di sicurezza delle attrezzature di lavoro (Allegato XV.1 punto 2 del D.Lgs n. 81/2008) ☐ Altro		
7	DPI/DPC	€
☐ DPI dati in uso ai Lavoratori non previsti in PSC ☐ DPC non previsti in PSC ☐ Altro		
8	Spese amministrative varie	€
☐ Sistema di gestione della sicurezza aziendale PHASAS 18001 ☐ Adozione ed attuazione dei modelli di organizzazione e gestione della sicurezza asseverati da organismi paritetici ☐ Altro		

TOTALE ONERI DELLA SICUREZZA PER L'INTERA DURATA DEL CONTRATTO

€ _____

Diconsi EURO

Data e luogo _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE/
PROCURATORE DELL'IMPRESA
(TIMBRO E FIRMA)

Il modello deve essere timbrato e firmato su ogni foglio ed andrà apposto il timbro di continuità tra le varie pagine

(nel caso di raggruppamenti temporanei o consorzi ordinari non ancora costituiti formalmente):

Ai sensi dell'art. 48, comma 8, del D. Lgs. n. 50/2016 i sottoscritti, agenti in nome e per conto delle relative imprese, richiamata la dichiarazione irrevocabile di impegno di cui al medesimo comma 8

SOTTOSCRIVONO IN SOLIDO LA DICHIARAZIONE CHE PRECEDE

Il sottoscritto
in qualità di (titolare, legale rappresentante, procuratore, altro)
dell'Impresa
con sede a
in Via n° c.a.p.
quale impresa designata capogruppo mandataria
 Sottoscrive la dichiarazione di cui sopra

quale/i impresa/e **mandante/i** :

Il sottoscritto
in qualità di (titolare, legale rappresentante, procuratore, altro)
dell'Impresa
con sede a
in Via n° c.a.p.
quale impresa mandante
Sottoscrive la dichiarazione di cui sopra

Il sottoscritto
in qualità di (titolare, legale rappresentante, procuratore, altro)
dell'Impresa
con sede a
in Via n° c.a.p.
quale impresa mandante
Sottoscrive la dichiarazione di cui sopra

Il modello deve essere timbrato e firmato su ogni foglio ed andrà apposto il timbro di continuità tra le varie pagine