



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 TRASPORTO, 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.

Scadenza offerte: 24/01/2020

Ore: 12.00

CIG 8157018831

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 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	€
<input type="checkbox"/> Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione <input type="checkbox"/> Addetto/i al SPP Rischi <input type="checkbox"/> Riunione periodica <input type="checkbox"/> Altro		
2	Per la Formazione, Informazione e Addestramento	€
<input type="checkbox"/> Informazione <input type="checkbox"/> Formazione obbligatoria <input type="checkbox"/> Addestramento obbligatorio <input type="checkbox"/> Altro		
3	Per la Sorveglianza Sanitaria	€
<input type="checkbox"/> Medico Competente (svolgimento dell' attività) <input type="checkbox"/> Sorveglianza Sanitaria <input type="checkbox"/> Visite Mediche <input type="checkbox"/> Altro		
4	Per la Gestione delle Emergenze	€
<input type="checkbox"/> Primo Soccorso (attrezzature di primo soccorso, B25cassette di medicazione ecc.) (art. 45 del D.Lgs n. 81/2008) <input type="checkbox"/> Personale addetto/i al Primo Soccorso (relativa formazione, aggiornamento ecc.) (art. 45 comma 2) <input type="checkbox"/> Prevenzione Incendi (estintori ecc.) (art. 46 del D.Lgs n. 81/2008) <input type="checkbox"/> Personale addetto/i alla Prevenzione Incendi (relativa formazione, aggiornamento ecc.) (art. 46 comma 3 lett. b) <input type="checkbox"/> Altro		
5	Per la pianificazione: redazione documenti	€
<input type="checkbox"/> Documenti di Valutazione dei Rischi (DVR) <input type="checkbox"/> Altro		
6	Per l' uso delle attrezzature di lavoro	€
<input type="checkbox"/> Attività per la manutenzione dei requisiti di sicurezza delle attrezzature di lavoro (Allegato XV.1 punto 2 del D.Lgs n. 81/2008) <input type="checkbox"/> Altro		
7	DPI/DPC	€
<input type="checkbox"/> DPI dati in uso ai Lavoratori non previsti in PSC <input type="checkbox"/> DPC non previsti in PSC <input type="checkbox"/> Altro		
8	Spese amministrative varie	€
<input type="checkbox"/> Sistema di gestione dei sicurezza aziendale PHSAS 18001 <input type="checkbox"/> Adozione ed attuazione dei modelli di organizzazione e gestione della sicurezza asseverati da organismi paritetici <input type="checkbox"/> 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