

RIFERIMENTO RIF. APP_10/2017

IMPRESA

Io sottoscritto nato a il
in qualità di legale rappresentante dell'impresa, avvalendomi delle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARO

che gli infortuni e gli eventi accidentali (near-miss) occorsi al personale dell'impresa, dal DATA al DATA sono riportati nella seguente tabella.

N	DATA	TIPO (o)	NOMINATIVO/QUALIFICA	DESCRIZIONE INCIDENTE	FASE LAVORO	PROGNOSI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	LUOGO, ORA, MOTIVO, ...	<input type="text"/>	GG ASSENZA

TOTALE INFORTUNI

TOTALE GG PROGNOSI

TOTALE EVENTI ACCIDENTALI

NOTE

Il presente prospetto ha finalità di verifica dell'idoneità tecnico-professionale delle imprese, nelle attività di cooperazione e di coordinamento ex art. 26 e Titolo IV del D.Lgs. 81/08 e, nella prima stesura si deve riferire ad un periodo minimo di 365 giorni.

Il prospetto deve riferirsi al totale degli incidenti/infortuni occorsi al personale dell'impresa, indipendentemente dall'attività svolta presso SMAT.

Il presente modulo deve essere compilato da tutte le imprese (appaltatore, subappaltatori, ...) che lavoreranno o hanno lavorato in cantiere nel periodo relativo all'appalto in oggetto e trasmetterla al Coordinatore per la Sicurezza in fase di Esecuzione che, in seguito a verifica, lo invia al Responsabile Unico del Procedimento o al Committente.

(o) **INSERIRE: INF** (infortunio assoggettato a denuncia INAIL), ovvero **EV** (evento accidentale non assoggettato a denuncia INAIL).

In caso di incidenti gravi o eventi ripetuti con analogie (modalità, causa, ...) il CSE è tenuto a predisporre, con tutti gli altri soggetti coinvolti, specifiche misure intese alla loro riduzione.

IMPRESA data

timbro e firma

NOTE CSE

firma