

ICARE SRL



DOMANDA PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO FORNITORI

(Allegato B)

Spett.le

I CARE SRL

VIA PASCOLI, 6 -

55049 - VIAREGGIO (LU)

Il/la sottoscritto/ a _____

nato/a a _____ Prov _____

il ___/___/___ IN QUALITÀ DI _____

dell'Impresa _____ costituita in data _____

con sede legale in _____ Via _____ cap _____

Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

e-mail PEC _____

Eventuale recapito al quale si desidera siano inoltrate le comunicazioni (se diverso dalla sede legale):

CITTÀ _____ Via _____ cap _____

Telefono _____ Fax _____

con codice fiscale n. _____

e con partita IVA n. _____

DICHIARA

1. che l'impresa è iscritta alla C.C.I.A.A. di _____ del Registro delle Imprese di _____ (____) data di iscrizione _____
2. che l'impresa è iscritta alla Cassa edile di _____ n. di iscrizione _____
3. di non trovarsi in alcuna delle situazioni di esclusione di cui all'art. 80 del Dlgs. 50/2016 e successive modifiche e integrazioni;
4. di non trovarsi nella cause di esclusione di cui l'art. 41 del Dlgs. n. 198/06 - Codice in materia di pari opportunità;
5. di non trovarsi nella cause di esclusione di cui l'art. 44 del Dlgs. n. 286/98 - Testo Unico delle disposizioni sull'immigrazione;

6. di applicare integralmente tutte le norme contenute nel contratto collettivo nazionale di lavoro e nei relativi accordi integrativi, applicabili alle attività afferente alle categorie di cui si chiede l'iscrizione, e di impegnarsi a osservare tutte le norme medesime;
7. di essere in regola con il versamento degli oneri fiscali e contributivi e non trovarsi nella cause di esclusione di cui l'art 36-bis della Legge n. 248/2006 - Misure urgenti per il contrasto del lavoro nero;
8. di utilizzare regolarmente uno o più istituti di credito in grado di attestare l'idoneità economico-finanziaria dell'impresa, ai fini dell'affidamento dei lavori oggetto dell'avviso;
9. di essere in regola con le norme disciplinanti il diritto al lavoro dei disabili ex Legge n. 68 del 1999 e s.m. e i., ovvero di non essere tenuto al rispetto delle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili, avendo alle proprie dipendenze un numero di lavoratori inferiori a 15;
10. di non aver reso false dichiarazioni circa il possesso dei requisiti richiesti per l'ammissione agli appalti e per il conseguimento dell'eventuale attestazione di qualificazione;
11. che, in caso di partecipazione alle procedure di gara, terrà conto, nella formulazione delle offerte, degli oneri derivanti dall'osservanza delle misure di prevenzione degli infortuni e per l'igiene del lavoro previste dal D.Lgs.n.81 del 09.04.2008 e smi;
12. che l'impresa rispetta tutte le norme in materia di prevenzione infortuni e di igiene e sicurezza sul lavoro, con particolare riguardo al Decreto Legislativo n. 81 del 09.04.2008. e smi e di aver compiuto agli obblighi previsti;
13. Che è in possesso dei requisiti di idoneità tecnico professionale in tema di sicurezza sui luoghi di lavoro (pena la non ammissione all'albo fornitori), ai sensi dell'artt.26 comma 1 lettera a n.2 del D.Lgs.81/08 e smi e dell'Allegato XVII al predetto Decreto, e che, pertanto:
 - Ha provveduto alla redazione del DVR (Documento di Valutazione dei Rischi) ai sensi dell'art.17 comma 1, lettera a) del D.Lgs.81/08 e smi, o a rendere l'autocertificazione dei rischi (con validità fino a 10 addetti e fino al 31.12) ai sensi dell'art.29 comma 5, del predetto Decreto;
 - Non è oggetto di provvedimenti di sospensione o interdittivi di cui all'art.14 del D.Lgs.81/08 e smi
14. Nell'ambito dello svolgimento di attività in regime di appalto o sub-appalto, il personale occupato dell'impresa è munito di apposita tessera di riconoscimento corredata di fotografia, contenente le generalità del lavoratore e l'indicazione del Datore di Lavoro;
15. Di aver effettuato il controllo sanitario di tutti gli addetti in osservanza alle vigenti disposizioni di Legge.
16. Di aver svolto idonea informazione e idonea formazione, ai sensi degli artt.36 e 37 del D.Lgs.81/08 in relazione agli esiti della Valutazione dei Rischi di cui sopra distinguendo addetto per addetto in merito alla mansione affidata, alle attrezzature impiegate, alla

esposizione a rischi particolari, sulle misure di protezione e prevenzione previste dalla azienda.

17. Di aver ottemperato a quanto previsto dal D.Lgs.81/08 e smi secondo il modello "mod.2 assunzione di responsabilità".
18. Di aver stipulato un'assicurazione di responsabilità civile
19. Che la propria ditta è in regola con la posizione assicurativa RC e con i vigenti obblighi previdenziali previsti dalle leggi del proprio Paese.
20. che l'impresa mantiene le seguenti posizioni previdenziali e assicurative:

INPS (nel caso di iscrizione presso più sedi indicarle tutte)

SEDE	INDIRIZZO	MATRICOLA

INAIL (nel caso di iscrizione presso più sedi indicarle tutte)

SEDE	INDIRIZZO	MATRICOLA

e, a tal fine,
CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco aperto di fornitori per beni e servizi della Società I Care srl di Viareggio per le seguenti categorie merceologiche (vedi Allegato A):

Numero categoria	Descrizione

Il sottoscritto _____ in qualità di titolare/legale rappresentante dell'impresa/lavoratore autonomo

Dichiara

che i dati riportati sono veritieri e comunque si impegna a fornire su richiesta copia dei documenti comprovanti le indicazioni contenute nella presente dichiarazione.

Data

TIMBRO E FIRMA
IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Il sottoscritto _____ in qualità di titolare/legale rappresentante dell'impresa/lavoratore autonomo

Dichiara

Di essere consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e di informazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR445/00, dichiara, altresì, ai sensi degli art.45 e 46 del DPR445/00 che quanto dichiarato corrisponde a verità.

Data

TIMBRO E FIRMA
IL LEGALE RAPPRESENTANTE



**Scheda da compilare e inviare
al seguente numero di fax 0584-385562**

DENOMINAZIONE E SEDE LEGALE AZIENDA _____

SEDE OPERATIVA: _____

SEDE LEGALE: _____

P.IVA _____

CODICE FISCALE _____

LEGALE RAPPRESENTATE _____

NATO IL _____ A _____

ISCRIZIONE ALLA CASSA EDILE DI _____ N° _____

POSIZIONE INPS N° _____ DI _____

POSIZIONE INAIL N° _____ DI _____

CCNL APPLICATO _____

Numero Dipendenti Complessivi _____

Numero Dipendenti impiegati nel cantiere _____

Percentuale mano d'opera impiegata su totale fornitura _____

Firma e timbro del Legale Rappresentante