|  |
| --- |
| **SCHEDA 1 – FORMAT DI ADESIONE AL PROGRAMMA WHP** |
| **DATI IDENTIFICATIVI DELL’AZIENDA** |
| **Denominazione Sede legale :**Indirizzo: CAP: |
| **Denominazione Sede operativa:**Indirizzo: CAP*(se l’Azienda è composta da più sedi è richiesta la compilazione di una “Scheda anagrafica” per ciascuna sede dove verrà implementato il Programma) :* |
| **ASL di riferimento:** *(selezionabile da menù a tendina delle ASL del territorio regionale)***Comune:** *(selezionabile da elenco a tendina dei Comuni presenti sul territorio ASL)* |
| **Partita IVA:** |
| **Indirizzo sito internet :** |
| **Settore di attività:***(Classificazione delle attività economiche Codici Ateco ISTAT -* [*https://www.istat.it/it/files//2011/03/Ateco-2007-Aggiornamento-2021-Struttura-e-note-esplicative-Sezione-A.pdf*](https://www.istat.it/it/files//2011/03/Ateco-2007-Aggiornamento-2021-Struttura-e-note-esplicative-Sezione-A.pdf)*)* |
| **TIPOLOGIA AZIENDA**  | Privata Pubblica |
| **DIMENSIONE AZIENDA** |
| **Fascia N° dipendenti** Meno di 10 11-15 16-50 51-250 251-500 Oltre 500 **Numero lavoratori\***Totale N. : |
| **Referente aziendale del programma** Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ruolo in azienda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail nominativa (Aziendale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Altro referente aziendale del programma** Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ruolo in azienda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail nominativa (Aziendale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Medico competente dell’azienda**Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail nominative (Aziendale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **ID** |
| **Allegato “Autocertificazione prerequisiti”:** SI NO  |
| **ALLEGATO SCHEDA 1 – AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI** |
| **Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorieta'****(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e ss. mm e ii)** |
| Alla Azienda USL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Denominazione o ragione sociale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cap.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*In qualità di Legale Rappresentante dell’Azienda sopra indicata***DICHIARA di**1. Essere in regola con gli oneri contributivi e assicurativi2. Rispettare le disposizioni in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro Dlgs.81/2008 e successive modifiche e integrazioni3. Essere in regola con le norme ambientali (D.Lgs 152/06 e s.m.i.).4. Non avere riportato nei 5 anni precedenti condanne definitive relative all’applicazione del DLgs 231/2001 (art 25 - septies - omicidio colposo o lesioni gravi o gravissime commesse con violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro o art 25- undecies - reati ambientaliData\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |