**Al Settore Servizi al Cittadino** Ufficio Servizi Cimiteriali Viale dell’Università n.10 82100 Benevento (BN)

# Oggetto: Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000

Il sottoscritto……………………………………………….… nato a ……………………………….……….

il ………………….. residente a …………………………………………………… CAP…………...………

in via/piazza …………………………………………….…………….………… in qualità di Legale Rappresentante/Titolare/Procuratore dell’Impresa……………………………..……………………………

con sede legale in ………………………………………………..………… CAP………….…...….…...….

in via/piazza ………………………………………….……………………………….…………….…………

Codice Fiscale …………………….….…….…………, Partita IVA ………….….………….………………..

consapevole delle norme penali previste per chi rilascia dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000

# DICHIARA

1. Di rispettare le disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui al D.Lgs 81/2008 e ss.mm.ii.;
2. Di aver valutato, in collaborazione con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, il rischio da agenti biologici virali;
3. Di avere adottato tutte le conseguenti misure di prevenzione e protezione, così come stabilito dal DPCM del 26 aprile 2020 (art. 2 comma 6), dal protocollo condiviso di regolamentazione per il contenimento della diffusione del COVID–19 nei cantieri del 24aprile 2020 e delle ordinanze regio- nali in materia;
4. Che i lavori saranno eseguiti dai seguenti addetti:

……………………………………………………………….…………………………...……………

*(nome, cognome, C.F.)*

……………………………………………………………….…………………………...……………

*(nome, cognome, C.F.)*

……………………………………………………………….…………………………...……………

*(nome, cognome, C.F.)*

1. Che i mezzi utilizzati sono i seguenti

…………………………………………………………….…………………………...……………

*(tipologia, targa.)*

…………………………………………………………….…………………………...……………

*(tipologia, targa.)*

1. di esonerare il Comune da qualsiasi responsabilità relativa alla sicurezza e all’incolumità del proprio personale, nonché dei danni procurati a terzi in dipendenza dell’esecuzione dell’intervento.

|  |  |
| --- | --- |
| Elenco degli allegati | |
| ☐ | Copia del documento del riconoscimento |
| ☐ | Altro  \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ |

Luogo Data

Firma