**PROCEDURA PER L’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ASSISTENZIALI INTEGRATIVI E DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO NOTTURNO**

**CIG. 81030364D7**

**ALLEGATO N. 4**

Oggetto: **Valutazione Rischi Interferenti**

Il sottoscritto

rappresentante della ditta

con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.

DICHIARA

* di avere letto ed approvato tutte le misure predisposte dal “Documento di Valutazione del Rischi per le attività interferenti nei lavori in appalto e relative misure di prevenzione”, messo a disposizione dall’Ente IPAB Casa di Riposo “A. Rossi” in conformità a quanto previsto dall’art. 26 del D.Lgs. 81/2008.
* di aver informato e formato i propri lavoratori sul contenuto del documento stesso e si impegna ad attuare tutte le misure di prevenzione necessarie al fine di ridurre al minimo i rischi derivanti dall’attività oggetto dell’appalto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *luogo data*

##  per LA DITTA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_