|  |  |
| --- | --- |
| **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 assicurativi  2. Rispettare le disposizioni in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro Dlgs.81/2008 e successive modifiche e integrazioni  3. 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 ambientali  Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |