



COVID 19

RICHIESTA DI VERIFICA CONFORMITA' DEI LUOGHI DI LAVORO

AI SENSI DELLE PRESCRIZIONI ED INDICAZIONI CONTENUTE NEI SEGUENTI

DOCUMENTI NORMATIVI (E LORO AGGIORNAMENTI)

- 1) Decreto Legge 23 febbraio 2020, n. 6 (Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19)
- 2) Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 febbraio, del 1 marzo, del 4 marzo, del 8 marzo, del 9 marzo, dell'11 marzo, del 22 marzo 2020 e del 10 aprile 2020 contenenti le disposizioni attuative recanti misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- 3) Ordinanza del Ministro della Salute del 21 febbraio 2020 contenente "Ulteriori misure profilattiche contro la diffusione della malattia infettiva COVID-19".
- 4) Circolare Ministero della Salute del 22 febbraio 2020 n. 5443 contenente "COVID 19. Nuove indicazioni e chiarimenti"
- 5) Circolare del Ministero della Salute n. 7922 del 9 marzo 2020, "COVID 19. Aggiornamento della definizione di di caso e di contatto stretto".
- 6) Protocollo condiviso Governo-Parti Sociali del 14 marzo 2020 (aggiornato il 24 aprile 2020) sulle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro.
- 7) Protocollo di accordo Ministro per la Pubblica Amministrazione-Sindacati del 3 aprile 2020 per la prevenzione e la sicurezza dei dipendenti pubblici in ordine all'emergenza sanitaria da Covid-19.
- 8) Documento Tecnico INAIL sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione

Il sottoscritto: _____

Rappresentante Legale del/della: _____

con Sede Legale (indirizzo, cap, città): _____

Partita IVA: _____ Codice Fiscale: _____ codice SDI: _____

e-mail: _____ Telefono: _____ Fax: _____

Cell.: _____ Rif. Offerta: _____ Importo € _____ + IVA*

*Pagamento con Assegno o Bonifico Bancario intestato a: CNIM S.r.l., c/o INTESASANPAOLO, Filiale 0290, via Parigi,13/15 - 00185 Roma - IBAN: IT67 A030 6903 2131 0000 0131 478. Pagamento con bollettino postale intestato a: CNIM S.r.l. c/c postale n° 61299921.

Il compenso per l'esecuzione della verifica convenuto comprende gli oneri relativi alla sicurezza, che ammontano al 2,8% del corrispettivo.

Richiede la valutazione di conformità in base alle norme su richiamate in materia COVID 19



**Organismo Accreditato di
Ispezione Certificazione e Formazione**

Descrizione degli ambienti di lavoro da sottoporre a valutazione di conformità:

Denominazione Azienda/Condominio/Ente _____

Numero addetti: _____ **Numero sedi di lavoro:** _____

Oggetto delle attività lavorative svolte: _____

Sito in via: _____, n. _____ **CAP:** _____

Comune: _____ **Prov.:** _____

Proprietà: _____

- Si impegna a rendere disponibile nei tempi e nei modi concordati con CNIM S.r.l. la documentazione necessaria e il personale in grado di eseguire tutte le operazioni sull'ambiente di lavoro indicate dall'Ispettore incaricato da CNIM S.r.l.
- Si acconsente espressamente al trattamento dei dati comunicati ai sensi e per gli effetti delle vigenti norme.
- Si dichiara di aver letto e di accettare espressamente tutto quanto previsto nel presente nel presente incarico.

Data:
Il Richiedente
Rappresentante Legale
(Timbro e firma)

Data:
Per accettazione
Il Rappresentante Legale di CNIM S.r.l.

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del C.C., si dichiara di approvare specificatamente le seguenti previsioni contenute nel Regolamento per la Certificazione (PROD01) nella versione aggiornata, consultabile sul sito www.cnimsrl.it: 4.1.1 doveri del cliente e facoltà di sospensione del servizio in caso di inottemperanza; 4.2 informativa per la tutela della privacy; 5.12.1 somme dovute in caso di rinuncia alla certificazione; 5.12.2 sospensione della certificazione; 5.12.4 Revoca della certificazione; 7.3 Foro esclusivo.

Data:
Il Richiedente
Rappresentante Legale
(Timbro e firma)

Data:
Per accettazione
Il Rappresentante Legale di CNIM S.r.l.

SPAZIO RISERVATO A CNIM S.r.l.:
Vi informiamo che è intenzione di CNIM S.r.l. incaricare l'Ing. _____ per lo svolgimento delle attività di valutazione della conformità di cui alla presente richiesta.