



Regione
Campania



Domanda¹ di adesione al Programma “Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute”

1. PERSONA DI RIFERIMENTO DELL'AZIENDA PUBBLICA/PRIVATA ² PER IL PROGRAMMA LLPS	
NOME E COGNOME	.....
RUOLO NELL'AZIENDA	.....
E-MAIL	.....
TELEFONO	.....
E-MAIL di altre persone coinvolte	.....

2. DATI GENERALI DELL'AZIENDA PUBBLICA/PRIVATA
DENOMINAZIONE
.....
CODICE FISCALE
.....
INDIRIZZO
.....
ATTIVITÀ (DESCRIZIONE)
.....
CODICE ATECO
.....
E-MAIL
.....
PEC
.....

¹ La domanda deve essere inoltrata al Direttore Generale dell'A.S.L. di riferimento tramite PEC avente come oggetto “Richiesta di adesione al Programma *Luoghi di lavoro che Promuovono Salute*” e deve comprendere la compilazione delle presenti tabelle e della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, sui requisiti per aderire al succitato Programma.

² Per “Azienda Pubblica/Privata” si intende qualsiasi tipologia di “Luogo di lavoro”, quali: Azienda Sanitaria Locale, Azienda Ospedaliera, Comune, Scuola e altro Ente/Istituzione Pubblica, Impresa/Azienda privata dei diversi settori, Associazione, etc.

3. LAVORAZIONE PRINCIPALE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AGRICOLTURA | <input type="checkbox"/> ALBERGHI E RISTORANTI |
| <input type="checkbox"/> ALTRE INDUSTRIE MANIFATTURIERE | <input type="checkbox"/> CARTA ED EDITORIA |
| <input type="checkbox"/> CHIMICA E FIBRE SINTETICHE | <input type="checkbox"/> COMMERCIO E RIPARAZIONI |
| <input type="checkbox"/> COSTRUZIONI | <input type="checkbox"/> ELETTROMECCANICA ED OTTICA |
| <input type="checkbox"/> ENERGIA ELETTRICA, GAS E ACQUE | <input type="checkbox"/> FABBRICAZIONE MEZZI DI TRASPORTO |
| <input type="checkbox"/> GOMMA PLASTICA | <input type="checkbox"/> IMMOBILI |
| <input type="checkbox"/> INFORMATICA | <input type="checkbox"/> SERVIZI ALLE IMPRESE |
| <input type="checkbox"/> INDUSTRIA ALIMENTARE | <input type="checkbox"/> INDUSTRIA ESTRATTIVA |
| <input type="checkbox"/> ISTRUZIONE | <input type="checkbox"/> LEGNO |
| <input type="checkbox"/> METALLURGIA E MECCANICA | <input type="checkbox"/> PRODUZIONE VETRO, CERAMICA, CEMENTO, ecc. |
| <input type="checkbox"/> PUBBLICA AMMINISTRAZIONE | <input type="checkbox"/> SANITÀ |
| <input type="checkbox"/> TESSILE ED ABBIGLIAMENTO | <input type="checkbox"/> TRASPORTI E MAGAZZINAGGIO |
| <input type="checkbox"/> ALTRO SPECIFICARE _____ | |

4. NUMERO DEI DIPENDENTI³ AL 31.12. DELLO SCORSO ANNO

MASCHI	FEMMINE	TOTALE
.....

5. INDIRIZZO/I SEDE/I PRODUTTIVA/E O DI SERVIZI⁴ (via, n° civico, Comune, Provincia)

.....

6. AZIENDA SANITARIA LOCALE DI COMPETENZA DELLA/E SEDE/I PRODUTTIVA/E O DI SERVIZI

- A.S.L.

³ Per l'Azienda Pubblica/Privata multi-sito bisogna indicare il numero complessivo di tutto il personale al di là della loro collocazione tra le varie sedi. Se vi sono difficoltà a fornire il dato disaggregato, per maschi e femmine, è possibile riportare soltanto il dato totale.

⁴ Per l'Azienda Pubblica/Privata multi-sito bisogna indicare soltanto la/le sede/i dell'unità produttiva/e o di servizi in cui si prevede di realizzare il Programma "Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute". Tale indicazione potrà essere aggiornata nella fase di pianificazione del Programma e della relativa compilazione della "Scheda pianificazione interventi buone pratiche".

7. MEDICO COMPETENTE DELL'AZIENDA PUBBLICA/PRIVATA	
7.1. MEDICO COMPETENTE N° 1	
NOME E COGNOME	.....
E-MAIL	.....
TELEFONO	.....
7.2. MEDICO COMPETENTE N° 2	
NOME E COGNOME	.....
E-MAIL	.....
TELEFONO	.....

8. RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE DELL'AZIENDA PUBBLICA/PRIVATA	
NOME E COGNOME	.....
E-MAIL	.....
TELEFONO	.....

9. RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA	
9.1. RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA DELL'AZIENDA PUBBLICA/PRIVATA	
NOME E COGNOME	.....
E-MAIL	.....
TELEFONO	.....
9.2. RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA TERRITORIALE	
NOME E COGNOME	.....
E-MAIL	.....
TELEFONO	.....

10. RESPONSABILE DELLA COMUNICAZIONE DELL'AZIENDA PUBBLICA/PRIVATA	
NOME E COGNOME	.....
E-MAIL	.....
TELEFONO	.....

11. ULTERIORI INFORMAZIONI⁵

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si allega la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, sui prerequisiti per aderire al Programma *Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute*.

DATA

FIRMA DEL DATORE DI LAVORO

.....

⁵ In questa sezione è possibile riportare ulteriori informazioni (oltre a quelle già richieste nelle precedenti sezioni del modello di domanda) ritenute opportune per meglio illustrare sia le caratteristiche dell'Azienda Pubblica/Privata che l'adesione al Programma "Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute" (LLPS)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

**INERENTE AI PRE-REQUISITI PER POTER ADERIRE AL PROGRAMMA
“LUOGHI DI LAVORO CHE PROMUOVONO SALUTE”**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ residente in _____ (Provincia _____) alla Via _____, n. _____, consapevole di quanto prescritto dal D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. 445/00, e in qualità di rappresentante legale dell'Azienda _____ (indirizzo: _____)

CAP _____ Comune: _____) di:

- essere in regola con gli oneri contributivi e assicurativi;
- avere redatto il documento di valutazione dei rischi come previsto dal D. LGS. 81/2008 (e s.m.i.) e rispettare le disposizioni in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- essere in regola con le norme ambientali (D. LGS. 152/06 e successive modifiche);
- non ha riportato nei 5 anni precedenti condanne definitive relative all'applicazione del D.LGS. 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 undicies - reati ambientali).

DATA

FIRMA DEL DATORE DI LAVORO

.....