

SCHEDA DI PREQUALIFICA DEL FORNITORE

Allegato 4

1	RAGIONE SOCIALE
.....	

2	INFORMAZIONI GENERALI
INDIRIZZO.....	
TELEFONO.....	
EMAIL.....	
PERSONA DI RIFERIMENTO.....	

3	ORGANICO AZIENDALE
<p>Il fornitore dichiara che normalmente lavorano un totale di nr operatori. Indicare il numero di persone impiegate per ciascuno dei seguenti reparti</p> <p>Ufficio Tecnico: Ufficio Qualità:</p> <p>Ufficio Produzione: Officina:</p> <p>Operatori CND: Saldatori: di cui no. in possesso di qualifica non scaduta</p>	

4	EVENTUALI ULTERIORI FILIALI /STABILIMENTI
.....	

5	INFORMAZIONI ECONOMICHE
TIPO SOCIETA'.....	
CAPITALE SOCIALE.....	
ULTIMO FATTURATO.....	

6	ATTIVITA'/FORNITURE DI INTERESSE NAVALIMPIANTI
<input type="checkbox"/> Carpenteria pesante <input type="checkbox"/> Carpenteria leggera <input type="checkbox"/> Centrali elettroidrauliche <input type="checkbox"/> Cilindri idraulici <input type="checkbox"/> Lavorazioni meccaniche <input type="checkbox"/> Trattamentisti <input type="checkbox"/> Quadri elettrici <input type="checkbox"/> Installazione strutture <input type="checkbox"/> Installazione impianti oleodinamici <input type="checkbox"/> Installazione impianti elettrici <input type="checkbox"/>	

7	SICUREZZA E AMBIENTE	SI	NO
	E' presente un Sistema di Gestione della Sicurezza? (Certificazione ISO 45001:2018)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E' presente un Sistema di Gestione Ambientale? (Certificazione ISO 14001:2015)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La società dichiara di aver effettuato e mantenuto aggiornata la Valutazione dei Rischi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sono state effettuate le nomine del Responsabile dei Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP), Medico competente (MC) e Responsabile dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	I lavoratori sono stati formati, informati e addestrati per lo svolgimento della mansione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sono disponibili adeguati dispositivi e attrezzature protettive e si è informato il personale adeguatamente sull'uso dei DPI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	I lavoratori che ne hanno necessità sono stati formati in particolare per i seguenti rischi specifici?		
	Lavoro in quota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ambienti confinati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lavori sotto tensione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Guida carrelli elevatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	D.LGS. 231/01		
	È adottato ed attuato un Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex D.Lgs. 231/01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	È adottato un Codice Etico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	È presente un Organismo di Vigilanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTE: _____

Luogo e data

Timbro e firma del fornitore
