

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELLA NOTA INFORMATIVA SUI
PRINCIPALI RISCHI PRESENTI IN ASUGI PER IMPRESE APPALTATRICI E
LAVORATORI AUTONOMI

Il/la sottoscritto/a:

Nome Cognome	
Attività professionale:	
Indirizzo:	
Città:	
Telefono	
E-mail:	

ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., **consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché del disposto dell'art. 75 del medesimo D.P.R., per i casi di false dichiarazioni, formazione od uso di atti falsi, assumendone la piena responsabilità**

DICHIARA

- ☒ di aver preso visione dei principali rischi, delle misure di prevenzione ed emergenza da adottare nelle strutture dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina ove andrà ad operare in qualità di ;
- ☒ di essere a conoscenza dei pericoli che possono derivare dalla manomissione delle misure di sicurezza adottate e dall'operare all'esterno delle aree di cui sopra;
- ☒ di rispettare le disposizioni legislative vigenti e le norme regolamentari in vigore presso l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina in materia di sicurezza e salute sul luogo di lavoro e di tutela dell'ambiente e inerenti le attività previste.

Data.....

Firma.....