

DATI PER LA COMPILAZIONE POS

CANTIERE SITO in:.....

LAVORI DI:.....

1. **IMPRESA:** ☐ APPALTATRICE ☐ SUB-APPALTATRICE

- Nominativo Ditta:
- Nome Rappresentante Legale:.....
- Luogo e data di nascita:.....
- Mansione:.....
- Sede o residenza:.....
- Recapito telefonico:.....
- Partita IVA:.....

ORGANIGRAMMA

- Datore di Lavoro:.....
- Nominativo R.S.P.P.:.....
- Nominativo Medico Competente:.....
- Addetto all'emergenza e pronto Soccorso:.....
- Nominativo RLS:.....

Nel caso si trattasse di impresa sub-appaltatrice compilare i dati sottostanti relativi all'IMPRESA APPALTATRICE:

- Nominativo Ditta:
- Nome Rappresentante Legale:.....
- Luogo e data di nascita:.....
- Mansione:.....
- Sede o residenza:.....
- Recapito telefonico:.....
- Partita IVA:.....

- Datore di Lavoro:.....
- Nominativo R.S.P.P.:.....
- Nominativo Medico Competente:.....
- Addetto all'emergenza e pronto Soccorso:.....
- Nominativo RLS:.....

LAVORATORI DIPENDENTI dell'impresa che eseguirà i lavori (allegare il libro matricola)

- Nome e Cognome:.....
- Codice Fiscale:.....
- Luogo e data di nascita:.....
- Data di assunzione:.....
- Mansione:.....
- Data visita medica:.....

- Nome e Cognome:.....
- Codice Fiscale:.....
- Luogo e data di nascita:.....
- Data di assunzione:.....
- Mansione:.....
- Data visita medica:.....

- Nome e Cognome:.....
- Codice Fiscale:.....
- Luogo e data di nascita:.....
- Data di assunzione:.....
- Mansione:.....
- Data visita medica:.....

- Nome e Cognome:.....
- Codice Fiscale:.....

- Luogo e data di nascita:.....
- Data di assunzione:.....
- Mansione:.....
- Data visita medica:.....
- Nome e Cognome:.....
- Codice Fiscale:.....
- Luogo e data di nascita:.....
- Data di assunzione:.....
- Mansione:.....
- Data visita medica:.....

ATTREZZATURE copia libretti

- Nome:.....
- Marca Modello:.....
- N° matricola:.....
- Nome:.....
- Marca Modello:.....
- N°matricola:.....
- Nome:.....
- Marca Modello:.....
- N°matricola:.....
- Nome:.....
- Marca Modello:.....
- N°matricola:.....
- Nome:.....
- Marca Modello:.....
- N°matricola:.....

2. FIGURE RESPONSABILI

COMMITTENTE

- Nominativo Società:.....
- Nome e Cognome (Legale Rappresentante):.....
- Residenza:.....
- N. telefonico:.....
- Partita IVA e/o C.F.:.....

GRUPPO MINERVA s.r.l.

Via Tiberina, 34/i – 00060 Capena (Rm)
TEL 06/90178849 – FAX 06/90169406 – mail: info@gruppominerva.it

PROGETTISTA

- Nome e Cognome:.....
- Residenza:.....
- N. telefonico:.....
- C.F.:

DIRETTORE DEI LAVORI

- Nome e Cognome:.....
- Residenza:.....
- N. telefonico:.....
- C.F.:

COORDINATORE PER LA SICUREZZA

- Nome e Cognome:.....
- Residenza:.....
- N. telefonico:.....
- C.F.:

COORDINATORE PER LA PROGETTAZIONE

- Nome e Cognome:.....
- Residenza:.....
- N. telefonico:.....
- C.F.:

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI LAVORI che verranno eseguiti dall'impresa interessata del POS:

1. Descrizione del sito;
2. Allestimento del cantiere: baracche, bagni, recinzione, impianto elettrico da cantiere (come e da chi vengono realizzati);
3. Allestimento Ponteggio (come e da chi viene realizzato);
4. Composizione dell'edificio da realizzare (specificare i Piani);
5. Descrizione dettagliata con i materiali che vengono utilizzati per la realizzazione delle specifiche lavorazioni;

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

GRUPPO MINERVA s.r.l.

Via Tiberina, 34/i – 00060 Capena (Rm)
TEL 06/90178849 – FAX 06/90169406 – mail: info@gruppominerva.it



Via Tiberina, 34/i – 00060 Capena (Rm)
TEL 06/90178849 – FAX 06/90169406 – mail: info@gruppominerva.it