VARIAZIONE SQUADRA OPERANTE

**Modulo da compilare prima della partenza, per essere esibito in caso di verifica da parte dell’Organo competente e quindi trasmesso in copia entro 24 ore tramite fax al n. 017298124 o al seguente indirizzo di posta elettronica anagrafe@comune.murello.cn.it ad integrazione dell’istanza di trasporto**

 COMUNICAZIONE VARIAZIONE SQUADRA OPERANTE relativa al servizio funebre

 del/della defunto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 L’impresa che effettua il servizio di trasporto e/o necroforaggio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### COMUNICA LA SEGUENTE VARIAZIONE

|  |
| --- |
| PERSONALE ADDETTO (barrare caselle) |
|  | AUTISTA |  | NECROFORO | COGNOME  | NOME | CODICE FISCALE E/0 ESTREMI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

###### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

**ai sensi D.P.R. n. 445 del 28/12/2000**

L’impresa in oggetto nella persona del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ATTESTA

***(in osservanza a quanto previsto dal Regolamento in materia di attività funebre e dei servizi necroscopici e cimiteriali approvato con Decreto Presidente della Giunta Regionale del Piemonte 8 Agosto 2012 n .7/R***

* che il personale incaricato allo svolgimento del servizio è stato acquisito nel rispetto della normativa vigente in materia di mercato del lavoro
* e che sono stati adempiuti gli obblighi previdenziali ed assicurativi obbligatori, di sorveglianza sanitaria e di quanto previsto dal d. lgs. 9 aprile 2008 n. 81 e s.m.i. ;
* che il trasporto, secondo le prescrizioni della Autorità Sanitaria e del Regolamento Regionale, verrà effettuato con:

|  |
| --- |
| Auto funebre marca / modello \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Targa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data ultimo controllo ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del dichiarante e timbro della Ditta

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_