



ATTESTAZIONE PRESENZA DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE DIFESA
IN SERVIZIO PRESSO IL COMPENSORIO MILITARE DI VIA LABICANA 17

Il sottoscritto¹⁾ _____ in servizio presso²⁾
_____ dichiara sotto la propria responsabilità di
NON aver potuto effettuare la rilevazione automatica della presenza, tramite la prevista timbratura, a
causa del seguente motivo:

- Malfunzionamento del bio-clock;
- Smarrimento o deterioramento della propria CMD;
- Altro _____.

Comunica, pertanto, i dati relativi alla giornata in cui si è verificato l'inconveniente, data _____:

1. Entrata o uscita:

- Ora d'ingresso: _____;
- Ora d'uscita: _____;

2. Permesso orario _____,

- Dalle ore:
- alle ore:

Roma, _____.

Firma dell'attestante

VISTO:
IL CAPO UFFICIO
(timbro e firma del Capo Ufficio)

¹ Indicare grado/qualifica cognome e nome;

² Indicare l'Ente di servizio.



Allegato C - Annesso 2

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ACCESSO DI AUTOMEZZI DELLE DITTE ESTERNE AL COMPRESORIO DI VIA LABICANA 17

COMPILAZIONE A CURA DEL REFERENTE DELL'EDR COMMITTENTE ⁽¹⁾:

Il/la sottoscritto/a (grado) _____ (cognome) _____ (nome) _____
telefono: _____ e-mail _____
a cura dell'Ente: _____

CHIEDE

l'autorizzazione per far accedere l'automezzo della ditta sotto citata al comprensorio di Via Labicana 17 per il/i giorno/i _____ dalle ore ____:____ alle ore ____:____ per la seguente motivazione (indicare il tipo di attività lavorativa e il luogo dove sarà svolta specificando piani, stanze, o zone esterne): _____

Dichiarando che (segnare la voce di interesse):

- il D.U.V.R.I., ovvero altra documentazione a norma di legge quale il P.O.S. ecc., sono debitamente compilati e custoditi presso l'Ufficio del referente.
- non sussiste obbligo del D.U.V.R.I..

Roma, _____

Firma del referente

COMPILAZIONE A CURA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA ESTERNA:

Dati necessari per l'accesso:

Denominazione della ditta _____
Conducente (Cognome) _____ (Nome) _____
Tipo di patente e numero _____
Automezzo _____ Targa _____

Con la sottoscrizione del presente modulo il sottoscritto dichiara di

- esonerare e sollevare l'A.D. da ogni controversia penale e civile per eventuali incidenti/infortuni e danni subiti o cagionati a sé o al personale dipendente, a terzi, a cose o beni;
- prestare consenso incondizionato, ai sensi del D.Lgvo 196/2003 al trattamento delle informazioni e dei dati, inclusi quelli cosiddetti "sensibili", forniti dal sottoscritto per sé e per il personale dipendente, ovvero desunti da una banca dati nel caso in cui, per motivi di sicurezza, fossero necessarie eventuali ulteriori verifiche.

ROMA, _____

Firma del rappresentante legale

Il sottoscritto, consapevole dell'assunzione esclusiva di responsabilità per ogni possibile nocumento subito o cagionato a sé o al personale dipendente, dichiara di avere letto e compreso la presente dichiarazione prima di apporvi la firma di conferma.

Firma di conferma del rappresentante legale

¹ Il Referente, per tutta la durata di permanenza del personale e dei mezzi della ditta, è tenuto a controllare il rispetto dei vincoli esplicitati nella Parte Prima del presente compendio.



RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ACCESSO PERSONALE DITTE ESTERNE

_____ (timbro o intestazione dell'impresa)

A COMANDO RAGGRUPPAMENTO AUTONOMO DEL MINISTERO DIFESA ROMA

OGGETTO: richiesta autorizzazione all'accesso a _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) residente in _____ (____)

via/piazza _____ n. _____ nella sua qualità di _____

_____ della suddetta Ditta/impresa, avendo necessità di accedere presso i locali degli Organismi amministrativamente dipendenti da codesto Ufficio e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni (art. 76 del DPR 28.12.2000, N.445)

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione in oggetto per il seguente personale (usare altro foglio qualora gli spazi siano insufficienti):

- a) Cognome _____ Nome _____ nato a _____ il _____
C.F. _____ Posizione INPS _____ Posizione INAIL _____
- b) Cognome _____ Nome _____ nato a _____ il _____
C.F. _____ Posizione INPS _____ Posizione INAIL _____
- c) Cognome _____ Nome _____ nato a _____ il _____
C.F. _____ Posizione INPS _____ Posizione INAIL _____
- d) Cognome _____ Nome _____ nato a _____ il _____
C.F. _____ Posizione INPS _____ Posizione INAIL _____

A tale scopo il sottoscritto DICHIARA sotto la sua personale responsabilità che l'impresa, con riferimento al personale dipendente sopra indicato, è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo le vigenti disposizioni di legge o regolamento in materia di lavoro e di assicurazioni sociali.

Per quanto precede si allega copia fotostatica di:

- documento di identificazione in corso di validità del suddetto personale;
- contratto stipulato, con l'indicazione del tipo di lavoro e del relativo importo concordato con la ditta cui è stato subappaltato, la prestazione o parte di essa (solo in caso di subappalto; l'impresa subappaltatrice dovrà fornire le medesime autocertificazioni);
- permesso di soggiorno o dichiarazione dell'avvenuta regolarizzazione ex DL 195/02 e successive modifiche o integrazioni (solo per i lavoratori extracomunitari).

Con la sottoscrizione del presente modulo il sottoscritto DICHIARA inoltre di:

- esonerare e sollevare l'A.D. da ogni controversia penale e civile per eventuali incidenti/infortuni e danni subiti o cagionati a sé o al personale dipendente, a terzi, a cose o a beni;
- prestare consenso incondizionato, ai sensi del D.Lgvo. 196/2003, al trattamento delle informazioni e dei dati, inclusi quelli cosiddetti "sensibili" forniti dal sottoscritto per sé e per il personale dipendente, ovvero desunti da una banca dati, nel caso in cui, per motivi di sicurezza, fosse necessarie eventuali ulteriori verifiche.

Luogo e data _____

_____ (timbro e firma del legale rappresentante)

Il sottoscritto, consapevole dell'assunzione esclusiva di responsabilità per ogni possibile documento subito o cagionato a sé o al personale dipendente, dichiara di avere letto e compreso la presente dichiarazione prima di apporvi la firma di conferma

_____ Firma di conferma del rappresentante legale



**RICHIEDSTA DI AUTORIZZAZIONE DI ACCESSO DI
AUTOMEZZI DI PROPRIETÀ DEI DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE DIFESA
AL COMPENSORIO DI VIA LABICANA 17**

Il sottoscritto (grado/qualifica) _____ (cognome) _____ (nome) _____

Ente _____

Telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

l'autorizzazione a far accedere al comprensorio di Via Labicana 17 l'autovettura di proprietà (indicare marca e modello) _____ targato _____.

Conducente (grado/qualifica, cognome e nome) _____ munito/a di
patente di guida (tipo/modello) _____ n. _____ rilasciata
il _____ da _____.

Esigenza del (indicare data/periodo) _____ dalle ore ____:____ alle ore ____:____.

Motivazione (Indicare il tipo di necessità/attività da svolgere e relativo luogo) _____

A tal proposito allega:

- copia patente di guida;
- copia del certificato di assicurazione

Con la sottoscrizione del presente modulo il sottoscritto DICHIARA di:

- esonerare e sollevare l'A.D. da ogni controversia penale e civile per eventuali incidenti/infortuni e danni subiti o cagionati a sé o al personale dipendente, a terzi, a cose o a beni;
- prestare consenso incondizionato, ai sensi del D.Lgvo. 196/2003, al trattamento delle informazioni e dei dati, inclusi quelli cosiddetti "sensibili" forniti dal sottoscritto per sé e per il personale dipendente, ovvero desunti da una banca dati, nel caso in cui, per motivi di sicurezza, fossero necessarie eventuali ulteriori verifiche.

ROMA, _____

Firma del richiedente

Il sottoscritto, consapevole dell'assunzione esclusiva di responsabilità per ogni possibile nocumento subito o cagionato a sé o al personale dipendente, dichiara di avere letto e compreso la presente dichiarazione prima di apporvi la firma di conferma.

Firma di conferma del richiedente



Allegato "D"

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE DI ACCESSO DI
AUTOMEZZI DI SERVIZIO DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE AL COMPENSORIO DI VIA LABICANA 17**

Il referente⁽²⁾ (grado/qualifica) _____ (cognome) _____ (nome) _____

Ente _____

N. telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

per le esigenze istituzionali di seguito indicate, l'autorizzazione a far accedere all'interno del comprensorio di Via Labicana 17 l'automezzo _____ targato _____.

Conducente (grado/qualifica, cognome e nome) _____ munito/a di patente di guida (tipo/modello) _____ n. _____ rilasciata il _____ da _____.

Esigenza del (indicare data/periodo) _____ dalle ore ____:____ alle ore ____:____.

Motivazione (Indicare il tipo di necessità/attività istituzionale da svolgere e il luogo di esecuzione) _____

Roma _____

Firma del referente

¹ Il Referente, per tutta la durata di permanenza del personale e dei mezzi della ditta e durante le attività ad essa connesse, è responsabile del rispetto dei vincoli esplicitati nella Parte Prima del presente compendio.



DICHIARAZIONE LIBERATORIA

Il/la sottoscritto/a⁽¹⁾ _____
nato/a il _____ a _____ prov.(_____) _____
effettivo/a presso⁽²⁾ _____
documento di riconoscimento⁽³⁾ _____
rilasciato da _____ in data _____

Con la sottoscrizione della presente modulo DICHIARA di:

- esonera e solleva l'Amministrazione Difesa da ogni controversia penale e civile per eventuali incidenti/infortuni e danni subiti o cagionati a sé, a terzi, a cose o a beni;
- prestare consenso incondizionato, ai sensi del D.Lgvo. 196/2003, al trattamento delle informazioni e dei dati, inclusi quelli cosiddetti "sensibili" forniti dal sottoscritto, ovvero desunti da una banca dati, nel caso in cui, per motivi di sicurezza, fossero necessarie eventuali ulteriori verifiche.

Roma, _____

Firma

Il sottoscritto, consapevole dell'assunzione esclusiva di responsabilità per ogni possibile documento subito o cagionato, dichiara di aver letto e compreso la presente dichiarazione prima di apporvi la firma di conferma.

Firma

¹ Indicare grado/qualifica cognome e nome;

² Indicare l'Ente di servizio;

³ Indicare il tipo ed il numero;



Allegato E

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE DI ACCESSO DI
PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE DIFESA IN SERVIZIO PRESSO ALTRI E/D/R, UBICATI
ALL'ESTERNO DEL COMPENSORIO DI VIA LABICANA 17,
E DI PERSONALE ESTRANEO ALL'AMMINISTRAZIONE DIFESA**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ prov.(_____)
documento di riconoscimento (indicare tipo e numero) _____
rilasciato da _____ il _____.

CHIEDE

di conferire con /di recarsi presso _____ per il
seguente motivo: _____.

Con la sottoscrizione del presente modulo il sottoscritto DICHIARA di:

- esonerare e sollevare l'A.D. da ogni controversia penale e civile per eventuali incidenti/infortuni e danni subiti o cagionati a sé o al personale dipendente, a terzi, a cose o a beni;
- prestare consenso incondizionato, ai sensi del D.Lgvo. 196/2003, al trattamento delle informazioni e dei dati, inclusi quelli cosiddetti "sensibili" forniti dal sottoscritto per sé e per il personale dipendente, ovvero desunti da una banca dati, nel caso in cui, per motivi di sicurezza, fossero necessarie eventuali ulteriori verifiche.

ROMA, _____

Firma del richiedente

Il sottoscritto, consapevole dell'assunzione esclusiva di responsabilità per ogni possibile nocumento subito o cagionato a sé o al personale dipendente, dichiara di avere letto e compreso la presente dichiarazione prima di apporvi la firma di conferma.

Firma di conferma del richiedente

Parte da compilare a cura di chi riceve la visita

Timbro dell'ENTE

Data: _____; Ora entrata: _____; Ora uscita _____.

Timbro e firma della persona che riceve la visita

NOTA: Il presente modulo deve essere consegnato dal personale preposto al controllo all'atto dell'entrata al comprensorio unitamente al pass temporaneo elettronico rilasciato per accedere attraverso i tornelli, posti agli ingressi.

Il personale estraneo alla struttura in argomento, si impegna ad attenersi alle disposizioni impartite dal personale di controllo, di seguire il percorso tracciato ovvero indicato, dedicato al servizio o all'Ufficio di destinazione richiesto, e di esporre il pass di riconoscimento per tutta la durata della visita.

Coloro che disattendono le citate prescrizioni, saranno accompagnati all'uscita della struttura, come persone non gradite.