Il/la sottoscritto/a Prof./Prof. ssa - Dott./Dott. ssa ……………………………….…………………..……..

Responsabile scientifico della Concessione/Convenzione di scavo per il sito di: …………………………...

consapevole dellaresponsabilità penale prevista dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, e consapevole dei contenuti della legislazione in materia di sicurezza sui cantieri e sui luoghi di lavoro

**D I C H I A R A**

* Che le attività di scavo si svolgeranno presso il sito suddetto nel periodo ……………………………………...…..
* Che ha presentato la richiesta di Autorizzazione alla Missione alla segreteria di Dipartimento in formato elettronico;
* Che durante tale periodo sarà presente con regolarità e continuità sul cantiere, sorvegliando il buon andamento delle operazioni in qualità di preposto che avrà cura di osservare e far osservare il rispetto delle norme di sicurezza;
* Che ha ottenuto l’autorizzazione dal Presidente del Consiglio di Corso di Studio per la partecipazione degli studenti;
* Che ha ottenuto l’autorizzazione dal Direttore della Scuola di specializzazione per la partecipazione degli specializzandi;
* Che ha ottenuto l’autorizzazione dal coordinatore del Collegio del Dottorato per la partecipazione dei dottorandi;
* Che ha affidato al professionista incaricato abilitato la redazione di tutti i documenti previsti dal D. Lgs. 81/2008 per l’aperturta del cantiere e di aver ricevuto la documentazione regolarmente compilata e firmata, pronta per essere firmata dal rappresentante legale del Dipartimento;
* Che ha acquistato per il cantiere tutti i dispositivi di sicurezza personale (DPI) per gli operatori;
* Che avrà cura di adeguare il cantiere a tutte le norme di sicurezza.
* Che ha verificato che tutti i partecipanti alle attività nel cantiere (compreso il Responsabile Scientifico) hanno seguito e superato i corsi per la sicurezza:

CORSO BASE (online 4 ore) + SPECIFICO (aula 4 ore) +ALTO RISCHIO (online della durata di 12 ore);

* Che ha verificato che tutti gli operatori hanno effettuato la visita medica presso il medico del lavoro dell’Università di Padova;

Data FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_