

Regione Piemonte  
Azienda Sanitaria Locale CN2  
Via Vida n.10 – 12051 – ALBA  
C.F./Partita I.V.A. n.: 02419170044  
E-mail certificata: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it)



**ALLEGATO 2**

**VERBALE RIUNIONE DI COOPERAZIONE E COORDINAMENTO**  
(da compilare prima del contratto con l'Impresa aggiudicataria)

**OGGETTO DEL CONTRATTO**

**AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA IN NOLEGGIO DI SISTEMI ANALITICI  
PER L'ESECUZIONE DI INDAGINI IMMUNOISTOCHIMICHE, RELATIVI  
CONSUMABILI ED ACCESSORI E ASSISTENZA TECNICA FULL RISK,  
PER LE NECESSITA' DELLA S.C. ANATOMIA PATOLOGICA  
DELL'A.S.L. CN2 ALBA-BRA, DURATA MESI 24**



Al termine del sopralluogo e della riunione di coordinamento, le parti stabiliscono di approvare:

- il DUVRI
- Il presente verbale

quali materiali necessari alla redazione del **Documento Congiunto di Valutazione dei rischi dovuti ad Interferenza** previsto dell'art. 26 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.

Tali documenti sono consegnati al **RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO COMMITTENTE (RUP) affinché siano inseriti nella documentazione di contratto.**

**VISTO, LETTO ED APPROVATO:**

<b>COMMITTENTE</b>	Responsabile Unico del Procedimento A.S.L.. CN 2 Alba-Bra Rag. Antonella Venezia	.....	Tel.: 0173/316553 Fax: 0173/316535 e-mail: <a href="mailto:avenezia@aslcn2.it">avenezia@aslcn2.it</a>
	Responsabile Servizio Prevenzione Protezione A.S.L. CN 2 Alba-Bra Arch. Stefano Nava	.....	Tel. 0172/1408395 e-mail: <a href="mailto:snav@aslcn2.it">snav@aslcn2.it</a>
<b>DITTA AGGIUDICATARIA</b>	Legale rappresentante	.....	Tel:..... Fax:..... e-mail:.....
	Responsabile Servizio Prevenzione Protezione	.....	Tel:..... Fax:..... e-mail:.....
	.....	.....	Tel:..... Fax:..... e-mail:.....

**NOTA**

Il verbale serve per attestare l'avvenuta riunione di cooperazione e di coordinamento tra l'azienda e la ditta appaltatrice. Viene compilato dalle imprese appaltatrici a cui vengono affidati lavori, servizi o forniture previsti dall'art. 26, comma 1 del D.Lgs. 81/08. Il modulo non deve essere consegnato, ma viene compilato in occasione della riunione di cooperazione e di coordinamento che dovrà avvenire prima dell'inizio delle attività

**RIFERIMENTI**

Ufficio: S.S. Servizio Prevenzione e Protezione  
Tel: 0172.1408395 e-mail: [prevenzione.alba@aslcn2.it](mailto:prevenzione.alba@aslcn2.it)