

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE PER L'ESERCIZIO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA PREVISTO DAL D.LGS. 81/2008 2022-2023 - BANDO DI GARA – CIG Z403745ABD

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a

_____ il _____

e residente in _____ prov. _____ via _____

cap _____ indirizzo di posta elettronica _____

Codice fiscale _____ in nome o per conto della Ditta/società/studio medico

Sita/o in via

In possesso dei requisiti previsti dal presente Bando,

CHIEDE

Di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico Competente del Lavoro di cui al bando prot. n. 87/U del 12/01/2023

Luogo e data _____

Timbro e Firma

Allegato: Documento di identità

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 - Bando di gara per l'affidamento dell'incarico di medico competente per l'esercizio di sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs 81/2008

CIG: Z403745ABD

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

e residente in _____ prov. ____ via _____

cap _____ indirizzo di posta elettronica _____

Tel. _____ cellulare _____

Codice fiscale _____, partita IVA _____

consapevole, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi o non più corrispondenti a verità,

DICHIARA

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

e delle seguenti specializzazioni:

- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici

di _____

al n. _____

- di esercitare la professione di Docente in Medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica, tossicologia e igiene industriale come anche in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro

(indicare materia) _____

presso _____

- di essere iscritto all'elenco dei Medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali con numero di iscrizione _____ a far data dal ____ / ____ / _____
- di possedere apposita autorizzazione all'accettazione dell'impiego (barrare solo se interessa);
- di Non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- di Non essere stato interdetto dai Pubblici Uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;
- di Non essere stato inibito per Legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della libera professione;
- di rilasciare il consenso al tra aumento dei da personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 per gli adempimenti di legge, ivi compresi quelli derivanti dagli obblighi di pubblicità legale del presente Bando;
- Di essere in regola con i versamenti contributivi obbligatori INPS e INAIL, da dimostrare, in caso di aggiudicazione, ai sensi di legge, con la produzione del documento unico di regolarità contributiva (DURC) in corso di validità (richiedibile in forma autonoma anche dalla stessa stazione appaltante);
- di astenersi nel modo piu ampio dal richiedere indennizzi, rimborsi o compensi di sorta in merito ai costi sostenuti per la produzione della documentazione richiesta nella presente procedura di gara.
- di non trovarsi in alcuna condizione di esclusione di cui all'art. 38 primo comma lettera a),b),c),d) del D.Lgs 163/2006;
- di accettare senza alcuna riserva tutte le clausole del presente Bando di gara.

NB: in caso di partecipazione alla gara da parte di Società, si precisa che dovrà essere indicato il professionista in possesso dei titoli previsti che, in caso di aggiudicazione del servizio, assumerà l'incarico di Medico Competente.

Tutti i titoli dovranno essere posseduti al momento della presentazione della candidatura. Tutti i titoli devono essere autocertificati ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000.

Luogo e data _____

Timbro e Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONDANNE PENALI
(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

In riferimento entrata in vigore del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 39 in attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il ___/___/___ residente in _____ Via _____ n. _____,
in servizio presso _____,
in qualità di _____,

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

In riferimento entrata in vigore del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 39 in attuazione della direttiva

2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile

Dichiara

di NON AVERE condanne per taluno dei reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600 quinquies e 609-undecies del codice penale;

che non GLI/LE SONO STATE IRROGATE sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;

di NON essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali in relazione ai reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale e/o a sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 e successivo G.D.P.R. n. 679/2016.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Luogo e data _____

Firma _____

Allegato 4

BANDO DI GARA PER L'AGGIUDICAZIONE DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA OFFERTA CIG: Z403745ABD

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ___ / ___ / _____

in qualità di _____

rappresentate legale, procuratore, etc. dell'impresa _____

con sede in _____

C.F. _____ Partita IVA _____

OFFRE

per l'attribuzione dell'incarico di "MEDICO COMPETENTE", il seguente costo annuo (lordo stato e per le ditte IVA compresa):

Oggetto	Costo orario in lettere e in cifre Omnicomprendente al lordo di ogni fiscalità
Incarico annuale medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie (indicare importo complessivo annuale)	
Importo richiesto per visita medica dipendente (se trattasi di importi diversi a seconda del profilo professionale (personale amministrativo/collaboratori scolastico) indicare importo per ogni profilo compreso eventuale costo per uscita Per costo di uscita si intende l'esecuzione delle visite presso la sede e/o plessi dell'Istituto) Indicare anche il costo di eventuali visite richieste dal personale docente	

Data _____

Firma _____