Al Dirigente Scolastico

C.P.I.A. Catania 2

Viale Libertà, 151

95014 – Giarre (CT)

OGGETTO: Bando di selezione per l’affidamento del servizio di Medico Competente ai sensi del D.Lgs 81/2008 – triennio 2022 – 2025 – CIG: Z643976EC0

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Rappresentante Legale della ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.IVA e Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare alla selezione pubblica per incarico di medico competente per il triennio 2022 – 2025 CIG Z643976EC0 ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n.81 e successive modifiche ed integrazioni.

DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 455 e ss.mm.ii. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulle basi di dichiarazioni non veritiere, di cui all’art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. sotto la propria responsabilità

* di essere cittadino italiano;
* di essere in godimento dei diritti civili e politici;
* di NON essere dipendente di altre amministrazioni pubbliche;
* di non avere subito condanne penali;
* di non avere procedimenti penali pendenti;
* di essere in possesso di Partita I.V.A.;
* di designare quale incaricato al ruolo di Medico Competente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in possesso della laurea in MEDICINA E CHIRURGIA e del diploma di SPECIALIZZAZIONE in MEDICINA DEL LAVORO conseguiti presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rispettivamente la prima nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il secondo nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in possesso dei requisiti previsti dall’art. 38 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n.81 per assumere le funzioni di medico competente ed Iscritta nell’Elenco Nazionale dei Medici Competenti istituito presso il Ministero della Salute al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ regione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

AI FINI DELLA SELEZIONE DICHIARA INOLTRE

|  |  |
| --- | --- |
| PRESTAZIONE | OFFERTA ECONOMICA |
| Compenso forfettario richiesto per la durata dell’incarico per la relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica, consulenze varie e sorveglianza sanitaria, comprese le visite mediche, gli accertamenti diagnostici e gli esami clinici, se necessari, per n°121 unità di personale  | Importo totale richiesto |
| Compenso richiesto per ogni visita ulteriore rispetto a quelle incluse nel compenso forfettario  | Importo richiesto per ogni singola visita |
| Esperienze di medico competente in Istituti Scolastici | N. |
| Esperienze di medico competente nell’ambito di questa Istituzione scolastica | N. |
| Esperienze di medico competente in Enti Pubblici | N. |

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 10 agosto 2018 n. 101 per l’adeguamento della normativa nazionale D.Lgs 196/03 alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e presta il proprio consenso a tale trattamento.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allegano:

- curriculum vitae in formato europeo del Medico Competente

- esperienze maturate in Enti pubblici e Aziende Private del Medico Competente

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver preso visione del bando e di accettare in toto le clausole in esso contenute.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, collaboratore della ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ avente sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. e P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n.455, consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA:

* di essere cittadino italiano;
* di godere dei diritti civili e politici
* di essere in condizioni di contrattare con la Pubblica Amministrazione;
* di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dalla normativa di settore;
* di aver conseguito la laurea in MEDICINA E CHIRURGIA e il diploma di SPECIALIZZAZIONE in MEDICINA DEL LAVORO conseguiti presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rispettivamente la prima nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il secondo nell’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
* di essere in possesso dei requisiti previsti dall’art. 38 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, per assumere le funzioni di “medico competente”;
* di essere iscritto nell’Elenco Nazionale dei Medici Competenti istituito presso il Ministero della Salute al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, regione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto all’Ordine dei Medici della Provincia di Cremona al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso che escludono dall’elettorato attivo e che comportano l’interdizione dai pubblici uffici o l’incapacità di contrattare con la Pubblica Amministrazione;
* di impegnarsi a svolgere l’attività di medico competente del lavoro, rendendosi disponibile per ogni tipologia di servizio richiesto e relativo all’incarico ricoperto in base alle prestazioni richieste e all’art. 2 “Prestazioni richieste” del bando di selezione pubblica (registro protocollo C.P.I.A. CATANIA 2 n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* di aver maturato esperienze nel settore come medico competente di altri Istituti Scolastici ed Enti pubblici;
* di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del d.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

|  |
| --- |
| DICHIARA ALTRESÌ  |

Ai fini della trasmissione delle comunicazioni:

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

Giarre, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dott \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega fotocopia non autenticata di un documento di identità