ALLEGATO 1: Domanda di partecipazione

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo Corrado Alvaro-Megali
Via Filippo Turati, 44
89063 Melito P.S. (RC)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE PER L'ESERCIZIO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA PREVISTO DAL D.LGS. 81/2008

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

e residente in via _____

cap _____ Codice fiscale _____

Indirizzo di posta elettronica _____

In _____ nome _____ proprio _____ o _____ per _____ conto _____ della

Ditta/Società/Studio medico _____

sito in _____

via _____ in possesso dei requisiti previsti dal

bando,

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico Competente del Lavoro.

Allega alla presente:

- 1) **Curriculum vitae;** (in formato europeo dal quale risulti il possesso dei requisiti culturali e professionali necessari per l'espletamento del servizio, come previsto dall'art. 38 del D.Lgs. n. 81/2008 e in parte riportati e integrati dall'art.3 del presentebando. In caso di partecipazione alla gara da parte di una 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. In ogni caso i titoli devono essere posseduti dal professionista al momento di presentazione della domanda e autocertificati ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 445/2000);
- 2) **Autocertificazioni** relative ai titoli posseduti per l'accesso all'avviso (**allegato 2 al presente avviso**);
- 3) **Fotocopia** leggibile documento di identità.
- 4) **Fotocopia** leggibile Codice fiscal
- 5) **Offerta economica (allegato 3)**

(Luogo) _____ Data _____

FIRMA _____

ALLEGATO 2: Dichiarazione sostitutiva

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo Corrado Alvaro-Megali
Via Filippo Turati, 44
89063 Melito P.S. (RC)

il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ via _____ cap _____

condomicilio in _____

In possesso del seguente titolo di studio _____

Ubicazione attività e Recapito professionale _____

Indirizzo di posta elettronica certificata _____

Codice Fiscale e Partita IVA _____, Tel. _____

mail _____ @ _____, consapevole, ai sensi e per gli

effetti dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione lo scrivente decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata,

DICHIARA

di partecipare alla gara per l'affidamento del servizio di MEDICO COMPETENTE per l'esercizio della sorveglianza sanitaria dell'Istituto Comprensivo "C. Alvaro – P. Megali" di Melito P.S. per il periodo di anni 1 (uno) a decorrere dalla data di stipula del contratto, in qualità di (BARRARE CON UNA "X"):

- Libero professionista
- Studio associato
- Altro (specificare) _____

Dichiara altresì:

1. di non trovarsi, né essersi trovato in nessuno dei casi di cui all'art. 80 "Motivi di esclusione" del D.Lgs. n. 36/2023;
2. di non aver commesso violazioni, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui sono stabiliti;
3. di non aver reso false dichiarazioni, nell'anno precedente alla pubblicazione del presente bando di gara, in merito ai requisiti e alle condizioni rilevanti per la partecipazione alle procedure di gara;
4. di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui sono stabiliti; di non trovarsi, in ogni caso, in nessuna ipotesi di incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione ai sensi delle norme vigenti;

5. di aver preso visione di tutte le circostanze generali e particolari che possono avere influito sulla formulazione dell'offerta e che possono influire sull'espletamento del servizio;
6. di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni contenute nel presente bando;

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgvo 196/2003 come modificato dal D.Lgs 10 agosto 2018, n.101:
i dati riportati sul presente modello sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente **per tale scopo**.

(Luogo)_____Data _____

FIRMA _____

ALLEGATO 3:

<p>Esperienze di medico competente in Istituti scolastici. Riportare nelle righe sottostanti, per un numero massimo di 9 incarichi, le esperienze maturate con l'indicazione del periodo e dell'Istituto scolastico</p> <p>1) _____</p> <p>2) _____</p> <p>3) _____</p> <p>4) _____</p> <p>5) _____</p> <p>6) _____</p> <p>7) _____</p> <p>8) _____</p> <p>9) _____</p>	<p>Punti 4 per ogni incarico fino a un max di punti 36</p>	
<p>Esperienze di medico competente in enti pubblici e/o privati. Riportare nelle righe sottostanti, per un numero massimo di 8 incarichi, le esperienze maturate con l'indicazione del periodo e dell'ente pubblico e/o privato</p> <p>1) _____</p> <p>2) _____</p> <p>3) _____</p> <p>4) _____</p> <p>5) _____</p> <p>6) _____</p> <p>7) _____</p> <p>8) _____</p>	<p>Punti 3 per ogni incarico fino a un max di punti 24</p>	
<p>Incarico annuale medico competente comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica, sopralluoghi e consulenze varie</p>	<p>€ _____</p>	<p>_____ (max 30 punti)</p>
<p>Visite mediche periodiche con giudizio di idoneità (costo cadauno)</p>	<p>€ _____</p>	<p>_____ (max 10 punti)</p>
<p style="text-align: center;">TOTALE PUNTEGGIO punti</p>		

(Luogo) _____ Data _____

Firma