

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER L'AFFIDAMENTO DELL'INCARICO
TRIENNALE DI MEDICO COMPETENTE PER IL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA**

CIG: Z5D1D465EC

Il sottoscritto/La sottoscritta Società _____ con residenza/sede legale
in _____ Via _____ n° civ. _____ Tel. _____
Fax _____ e-mail _____ e (se diverso dalla sede legale) domicilio/sede
operativa in _____ via _____ n° civ. _____ Tel. _____
Fax _____ e-mail _____ Codice fiscale _____
Partita IVA _____ Codice Inail _____ Posizione INPS n° _____
Status professionale _____ Titolo di studio _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per l'affidamento dell'incarico triennale di Medico competente indetta in data
09/02/2017 prot. n. 1050/12M.

A tal fine, consapevole che chiunque rilasci 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 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la
propria responsabilità,

DICHIARA E AUTOCERTIFICA

- di possedere la cittadinanza italiana o comunitaria;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano
l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti
nel casellario giudiziale;
- di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- di non essere stato dichiarato decaduto dall'impiego per aver conseguito dolosamente la nomina
mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
- di non essere stato interdetto dai pubblici uffici a seguito di sentenze passate in giudicato;

- di non essere inibito per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della libera professione;
- di essere in possesso di uno dei seguenti titoli previsti dall'art. 38 del D.Lgs. n. 81/2008, per assumere le funzioni di medico competente:
 - specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;
 - docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;
 - specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale oltre all'iscrizione nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero della Salute;
- di essere dipendente di altre amministrazioni a tempo determinato / indeterminato (nel qual caso, indicare quale) _____
- ovvero di NON essere dipendente di altre amministrazioni a tempo determinato / indeterminato;
- di essere in possesso del requisito di regolarità contributiva e fiscale (da indicare solo se società);
- di indicare il seguente professionista, in possesso dei titoli previsti, che, in caso di aggiudicazione del servizio, assumerà l'incarico di medico competente _____
(da indicare solo se società).

D I C H I A R A I N O L T R E

- di possedere i seguenti requisiti soggetti a valutazione e ad attribuzione del punteggio:

TITOLI E INCARICHI	QUANTITA'
Specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;	n. delle specializzazioni (descritte nel curriculum vitae) _____
Docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia e igiene industriale o in clinica del lavoro	n. delle docenze (descritte nel curriculum vitae) _____
Esperienze come medico competente in questa istituzione scolastica	n. di incarichi annuali _____
Esperienze come medico competente in altre istituzioni scolastiche	n. di incarichi annuali (descritti nel curriculum vitae) _____
Esperienze come medico competente in Enti Pubblici e/o privati	n. di incarichi annuali (descritti nel curriculum vitae) _____

- di presentare la seguente offerta economica:

VALUTAZIONE ECONOMICA	IMPORTO RICHIESTO, ONNICOMPENSIVO DI TUTTI GLI ONERI A CARICO DELL'AMMINISTRAZIONE (IVA, IRAP, INPS, CASSA PREVIDENZIALE, ECC.)
Compenso richiesto per la durata dell'incarico (1 anno) per: sopralluogo, relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica, compilazione documentale e consulenze varie previste dal D.Lgs. n. 81/2008	Annuale € _____
Singola visita medica per lavoratore soggetto a sorveglianza sanitaria (da effettuare presso la sede dell'Istituzione scolastica), compreso eventuale costo per uscita	Unitario € _____
Singolo screening ergo-oftalmologico strumentale per lavoratore addetto al videoterminale (da effettuare presso la sede dell'Istituzione scolastica), compreso eventuale costo per uscita	Unitario € _____
Singola visita medica per accertamento di idoneità al lavoro, compreso eventuale costo per uscita	Unitario € _____
Singola valutazione documentale per accertamento di compatibilità alla mansione di lavoratrice in stato di gravidanza	Unitario € _____

D I C H I A R A I N F I N E

di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 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.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____

Allega:

- ai sensi e per gli effetti dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., fotocopia non autenticata di un documento identità;
- curriculum vitae nel quale siano descritti i titoli e gli incarichi autocertificati nella presente richiesta di partecipazione a selezione.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver esaminato le condizioni contenute nell'avviso di selezione e di accettarle integralmente, incondizionatamente e senza riserva alcuna.

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____