

**ALLEGATO A**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO PUBBLICO  
INCARICO MEDICO COMPETENTE**

Al Dirigente Scolastico  
ITES "J. Barozzi"

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione per l'affidamento dell'incarico di esperto esterno "Medico Competente per la valutazione dei rischi e per l'esercizio di sorveglianza sanitaria" di cui all'avviso pubblico prot. n. 14835 V.6 del 26/09/2022

Allega alla presente domanda:

- 1 – fotocopia della carta d'identità in corso di validità;
- 2 – dichiarazione dei titoli e requisiti di ammissione;
- 3 – offerta economica;
- 4 – curriculum vitae in formato europeo.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. vo n. 196/2003.

(luogo e data)

\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEI TITOLI E DEI REQUISITI DI AMMISSIONE**

Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 38 comma 3

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

al quale deve essere fatto pervenire ogni comunicazione relativa alla presente selezione

ai fini dell'ammissione  
all' AVVISO DI PUBBLICA SELEZIONE  
PER IL CONFERIMENTO DELL' INCARICO DI MEDICO COMPETENTE

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall' art. 76 del D.P.R. 28/12//2000 n. 455 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui al suddetto articolo, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- 1 – di essere a conoscenza dei compiti connessi al ruolo professionale di Medico Competente;
- 2 – di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di avere a proprio carico procedimenti penali in corso;
- 3 – di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- 4 – di godere dei diritti civili e politici;
- 5 – di accettare che l'Istituto, in caso di inottemperanza della prestazione da parte dello aggiudicatario potrà revocare l'aggiudicazione, affidandola all' esperto che avrà presentato la seconda migliore offerta;
- 6 – di accettare incondizionatamente tutte le clausole contenute nel bando;
- 7 – che non esistano cause ostative che impediscono di contrarre con l'Amministrazione Pubblica;
- 8 – di essere in possesso di copertura polizza assicurativa n. \_\_\_\_\_ dei rischi derivanti dall' espletamento dell'incarico;
- 9 – di accordare, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 il consenso dei propri dati per eventuali comunicazioni a terzi al fine di provvedere agli adempimenti ed obblighi di legge e che il titolare del trattamento è l'I.T.E.S. "J. Barozzi" di Modena ed il Responsabile del trattamento è il Dirigente Scolastico;
- 10 - di essere iscritto all' albo professionale con n. \_\_\_\_\_;
- 11 - di essere iscritto nell' elenco dei medici competenti presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 38, comma 4 del D. Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii.;

12 –di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

Laurea in medicina con specializzazione in medicina del lavoro o altro requisito di cui all'art. 38, comma \_\_\_\_\_ del D. Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii.;

Altri titoli professionali e culturali connessi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allega alla presente:

- Fotocopia della carta d'identità in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a si impegna a svolgere l'incarico senza riserve e secondo quanto previsto dall'avviso.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO C****OFFERTA ECONOMICA****AVVISO DI PUBBLICASELEZIONE****PER IL CONFERIMENTO DELL' INCARICO DI MEDICO COMPETENTE**

<b>PRESTAZIONE</b>	<b>IMPORTO RICHIESTO</b>
<b>Incarico Medico Competente, comprensivo di relazione annuale. Partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie.</b>	<b>Annuale</b> <b>€ (omnicomprensivo)</b>
<b>Visite mediche (da effettuare presso questo Istituto)</b>	<b>Per visita</b> <b>€ (omnicomprensivo)</b>
<b>Visita medica richiesta dal lavoratore</b>	<b>Per visita</b> <b>€ (omnicomprensivo)</b>
<b>Attività COVID</b>	<b>€ (omnicomprensivo)</b>

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_