ALLEGATO 1: Domanda di partecipazione

Al Dirigente Scolastico

Dell’Istituto Comprensivo Alvaro-Gebbione

Via Botteghelle n. 29

89129 Reggio Calabria

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;
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 fiscale

(Luogo) Data

FIRMA

ALLEGATO 2: Dichiarazione sostitutiva

Al Dirigente Scolastico

Dell’Istituto Comprensivo Alvaro-Gebbione

Via Botteghelle n. 29

89129 Reggio Calabria

Il/la sottoscritto/a nato/a il residente in via cap con domicilio 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 Nord 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.Lgsl. n. 50/2016;
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; non trovarsi, in ogni caso, in nessuna ipotesi di incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione ai sensi delle norme vigenti;

1. 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;
2. di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni contenute nel presente bando
3. 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.

*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 presente bando.

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;

(Luogo) Data

FIRMA

ALLEGATO 3:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  |
| 1) | | | Punti 4 per ogni incarico fino a |
| 2) | | | un max di punti 36 |
| 3) | | |  |
| 4) | | |  |
| 5) | | |  |
| 6) | | |  |
| 7) | | |  |
| 8) | | |  |
| 9) | | |  |
| 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  1) | | | Punti 3 per ogni incarico fino a un max di punti 24 |
| 2) | | |  |
| 3) | | |  |
| 4) | | |  |
| 5) | | |  |
| 6) | | |  |
| 7) | | |  |
| 8) | | |  |
|  | | |  |
| Incarico annuale medico competente comprensivo di relazione  annuale, partecipazione alla riunione periodica, sopralluoghi e consulenze  varie | € | (max 30 punti) | |
| Visite mediche periodiche con giudizio di idoneità (costo cadauno) | € | (max 10 punti) | |
| **TOTALE PUNTEGGIO punti** | | | |

(Luogo) Data

Firma

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