

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**  
alla selezione di medico competente per il servizio di sorveglianza sanitaria  
ai sensi del D.lgs n. 81/2008, così come modificato ed integrato dal D. lgs n. 106/2009.

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

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

e residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

- In nome proprio o per conto della Ditta/Società/Studio medico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

sito in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

- In servizio presso la seguente PA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- In qualità di \_\_\_\_\_

in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso pubblico Prot. n. 4023 del 10 Ottobre 2020;

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla procedura di selezione pubblica per l'affidamento di un incarico di prestazione d'opera in qualità di Medico Competente per il servizio di sorveglianza sanitaria all'interno dell'I.I.S. "V. Capirola", prevista dal D.lgs 81/2008, così come modificato dal D.lgs n. 106/2009.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Allegato:

- Documento di identità

**Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000**

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

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

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

con domicilio in \_\_\_\_\_

in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica ordinaria (PEO) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale e Partita IVA \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_

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'I.I.S. "V. Capirola" 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) \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

\_\_\_\_\_

e delle seguenti specializzazioni:

\_\_\_\_\_

- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_

al n. \_\_\_\_\_

- di esercitare la professione di Docente in Medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica, tossicologia e igiene industriale come anche in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro (indicare materia) \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_

- di essere iscritto all'elenco dei Medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali con numero di iscrizione

\_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- di possedere apposita autorizzazione all'accettazione dell'impiego (barrare solo se interessa);
- di aver acquisito un numero minimo di crediti formativi previsti dai programmi di aggiornamento triennale
- di Non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- di Non essere stato interdetto dai Pubblici Uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;
- di Non essere stato inibito per Legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della libera professione;
- di rilasciare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 679/2016);
- di essere in regola con i versamenti contributivi obbligatori INPS e INAIL, da dimostrare, in caso di aggiudicazione, ai sensi di legge, con la produzione del documento unico di regolarità contributiva (DURC) in corso di validità (richiedibile in forma autonoma anche dalla stessa stazione appaltante);
- di astenersi nel modo più ampio dal richiedere indennizzi, rimborsi o compensi di sorta in merito ai costi sostenuti per la produzione della documentazione richiesta nella presente procedura di gara.
- di non trovarsi in alcuna condizione di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs 50/2016 e s.m.i.;**
- di accettare senza alcuna riserva tutte le clausole dell'Avviso pubblico di selezione Prot. n. 2661/VII.7 del 07/08/2020.

NB: in caso di partecipazione alla gara da parte di 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.

Tutti i titoli dovranno essere posseduti al momento della presentazione della candidatura. Tutti i titoli devono essere autocertificati ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma \_\_\_\_\_

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA' (Art. 46 e 47 Legge 445/2000)**

**OGGETTO:** Dichiarazione sostitutiva della presentazione del Documento Unico di Regolarità Contributiva.

Il sottoscritto..... nato a ..... il  
..... nella sua qualità di ..... e legale  
rappresentante dell'Ente/Associazione/Ditta .....

(partita I V A /CODICE FISCALE .....), domiciliata a .....

Via..... n. .... Tel. (.....)

Relativamente al servizio di ....., consapevole della responsabilità  
penale e delle sanzioni previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del  
D.P.R. 445/2000,

### **D I C H I A R A**

che l'Ente/Associazione/Ditta non è tenuto/a alla presentazione della certificazione di regolarità contributiva (DURC) per il seguente motivo: (indicare una sola delle situazioni per le quali è impossibilitato a produrre il DURC.)

- che non svolge attività d'impresa e pertanto non può produrre il DURC;
- che svolge attività d'impresa commerciale in forma individuale senza collaboratori e/o dipendenti e pertanto, non essendo soggetto/a all'iscrizione INAIL, non può produrre il DURC.
- che è non tenuto al possesso del DURC in quanto l'associazione non è tenuta a versamenti INPS e INAIL

Allegare fotocopia del seguente documento di identità in corso di validità:

\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_  
(leggibile e posta per esteso)

Luogo e data \_\_\_\_\_



Allegato 5

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.I.S. "V. Capirola"  
Leno (BS)

OFFERTA TECNICA (Esperienze)

<p>Esperienze di medico competente in istituti scolastici</p> <p>1) _____</p> <p>2) _____</p> <p>3) _____</p> <p>4) _____</p>	<p>punti 5 per ogni incarico fino a un max di punti 20</p>
<p>Esperienze di medico competente in enti pubblici</p> <p>1) _____</p> <p>2) _____</p> <p>3) _____</p> <p>4) _____</p>	<p>punti 5 per ogni incarico fino a un max di punti 20</p>
<p><b>TOTALE PUNTEGGIO Offerta Tecnica MAX 40 punti</b></p>	

OFFERTA ECONOMICA

PRESTAZIONE	IMPORTO RICHiesto	PUNTEGGIO
<p>Incarico annuale medico competente comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica, sopralluoghi e consulenze varie</p>	<p>€ _____</p>	<p>(max 45 punti)</p>
<p>Visite mediche periodiche con giudizio di idoneità (costo cadauno)</p>	<p>€ _____</p>	<p>(max 15 punti)</p>
<p><b>TOTALE PUNTEGGIO Offerta Economica MAX 60 punti</b></p>		

Costo per le visite mediche previste per lavoratori fragili: € \_\_\_\_\_ cad.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_