**ALLEGATO N. 1 - Bando di gara per l’affidamento dell’incarico di medico competente per**

**l’esercizio di sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs81/2008 – CIG Z20286C09E**

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

**BANDO DI GARA Prot.3776 del 15/05/2019** **- CIG Z20286C09E -**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Codice fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in nome o per conto della Ditta/società/studio

medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sita/o in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In possesso dei requisiti previsti dal presente Bando,

**CHIEDE**

Di essere ammesso/a alla procedura di selezione di cui al Bando **Prot.3776 del 15/05/2019** in qualità di Medico Competente del Lavoro del Dirigente scolastico dell’Istituto d’Istruzione Superiore “A. ZANELLI” di Reggio Emilia.

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

 Timbro e Firma

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

A tal fine allega:

- Documento d’identità

- Dichiarazione sostitutiva (Allegato 2)

- Allegato 3 - Offerta Tecnico- Economica

- Allegato 4 – Conto Corrente Dedicato

**ALLEGATO N. 2 – Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000 - Bando di gara per l’affidamento dell’incarico di medico competente per l’esercizio di sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs81/2008 – CIG Z20286C09E**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. \_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Tel. N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, partita IVA n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000 delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi o non più corrispondenti a verità,

**DICHIARA**

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 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 successive modificazioni e integrazioni - GDPR (UE) 2016/679- Regolamento Europeo per la Privacy, per gli adempimenti di legge, ivi compresi quelli derivanti dagli obblighi di pubblicità legale del presente Bando;

□ 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. 38 primo comma lettera a),b),c),d) del D.Lgs 163/2006;

□di accettare senza alcuna riserva tutte le clausole del presente Bando di gara;

**ALLEGA**

Curriculum vitae in formato europeo attestante il possesso dei requisiti e delle esperienze lavorative.

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO N. 3 – Presentazione dell’Offerta tecnico-economica per l’affidamento dell’incarico di medico competente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRESTAZIONE** | **PUNTEGGIO** | **OFFERTA (cifra espressa in lettere e numeri)**  |
| 1) Indicazione del costo dell’incarico annuale di medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica, n.1 sopralluogo annuo, consulenze telefoniche e scritte | **Max 20 punti.** Il punteggio sarà assegnato secondo la seguente formula: offerta più bassa x 20/ singola offerta Le offerte saranno giudicate nel loro importo complessivo. | **€ ………………………….** **……………………………** |
| 2) costo visite mediche periodiche **(da effettuare presso questo Istituto**), comprensivo della trasferta. | **Max. 20 punti** Il punteggio sarà assegnato secondo la seguente formula: offerta più bassa x 20/ singola offerta Le offerte saranno giudicate nel loro importo complessivo. | **€ ………………………….** **……………………………** |
| 3) costo singole visite mediche precedenti alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute (> 60 giorni continuativi), richieste dall’INAIL o dal Datore di lavoro ai sensi D.Lgs. 106/09. | **Max 20 punti** Il punteggio sarà assegnato secondo la seguente formula: offerta più bassa x 20/ singola offerta Le offerte saranno giudicate nel loro importo complessivo | **€ ………………………….** **……………………………** |
| 4) costo singoli esami diagnostici previsti dalla normativa vigente (spirometrie/ test visivi ecc); | **Max 10 punti** Il punteggio sarà assegnato secondo la seguente formula: offerta più bassa x 10/ singola offerta Le offerte saranno giudicate nel loro importo complessivo | **€ ………………………….** **……………………………** |
| 5) costo singolo sopralluogo degli ambienti di lavoro, eventualmente richiesto oltre al primo. | **Max 10 punti** Il punteggio sarà assegnato secondo la seguente formula: offerta più bassa x 10/ singola offerta Le offerte saranno giudicate nel loro importo complessivo | **€ ………………………….** **……………………………** |
| **ESPERIENZE LAVORATIVE** |  |  |
| Esperienze di medico competente in Istituti scolastici | Punti 3 per ogni incarico annuale effettuato o per frazioni di anno superiore a sei mesi alla data di presentazione dell’offerta **Fino a un max di punti 12** | N. incarichi \_\_\_\_\_\_\_\_ (allegare autocertificazione con indicazione degli incarichi) 1)………………………… 2)…………………………. 3)………………………… . 4)………………………….. |
| Esperienze di medico competente in enti pubblici e/o privati | Punti 2 per ogni incarico annuale effettuato o per frazioni di anno superiore a sei mesi alla data di presentazione dell’offerta fino a un **max di punti 8** | N. incarichi \_\_\_\_\_\_\_\_ (allegare autocertificazione con indicazione degli incarichi) 1)………………………… 2)…………………………. 3)………………………… 4)………………  |
| TOTALE punti (riservato alla scuola) |  |  |

**ALLEGATO N. 4 - Modello di comunicazione degli estremi del conto corrente dedicato da compilare – ai sensi dell’art. 3 della legge 13 agosto 2010 n. 136**

***DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA REDATTA AI SENSI DEL D.P.R. 28.12.2000, N. 445***

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_)

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_) via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CODICE FISCALE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di:

* titolare
* legale rappresentante
* procuratore come da procura n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Impresa appaltatrice/affidataria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(indicare l’esatta denominazione comprensiva della forma giuridica)**

con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*consapevole della decadenza dei benefici e delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, così come stabilito dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000*

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

in ottemperanza alle disposizione della legge 13 agosto 2010 n. 136 in materia di tracciabilità dei flussi finanziari:

- che gli estremi identificativi del conto corrente bancario / postale dedicato alle commesse pubbliche nel quale transiteranno tutti i movimenti finanziari relativi alla gestione del contratto, sono i seguenti:

* conto corrente bancario codice IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso la

Banca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oppure**

* conto corrente postale codice IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso le Poste Italiane SpA;
* che le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di esso sono:

**Cognome e nome** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cognome e nome** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cognome e nome** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **In Fede** |
|  |  |  |
| *Luogo e data* |  | *Firma* |

Alla presente dichiarazione si allega copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità (o di un documento di riconoscimento equipollente) del dichiarante (art. 38, comma 3 del D.P.R.445/2000)