**Allegato 1**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE – AUTOCERTIFICAZIONI SUI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE ed ESPERIENZE INERENTI IL BANDO ED OFFERTA ECONOMICA**

**OGGETTO:** BANDO PER L’AFFIDAMENTO DELL’INCARICO DI **MEDICO COMPETENTE** PER IL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA, AI SENSI DEL D.Lgs. 81/2008 – per un Triennio aa.ss. **2019/2020-2020/2021- 2021/2022.**

Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. Cesare Cantù

Via Dei Braschi 12

20161 MILANO

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

Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Recapito telefono fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito tel. cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 Iscritto all’ordine professionale degli \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(n. \_\_\_\_\_\_\_)

 Ente/associazione di appartenenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

partita I.V.A. n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

preso atto del Bando e della documentazione complementare le cui prescrizioni si intendono integralmente conosciute ed accettate,

**CHIEDE**

di partecipare al bando per il conferimento dell’incarico di MEDICO COMPETENTE PER L’ESERCIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA, AI SENSI DEL D.Lgs. . 81/2008

Al riguardo

**DICHIARA**

1. di essere in possesso di tutti i requisiti previsti nel bando;
2. che non è stata pronunciata a suo carico una condanna con sentenza passata in giudicato, ovvero sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 del c.p.p., per qualsiasi reato incidente sulla moralità professionale o per delitti finanziari;
3. di non essere sottoposto ad indagini, divieti, restrizioni, condanne previste dalla normativa vigente in materia di lotta alla delinquenza mafiosa;
4. di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali;
5. di non aver commesso un errore grave nell'esercizio della propria attività professionale e non si è reso gravemente colpevole di false dichiarazioni nel fornire le informazioni esigibili;
6. di essere in regola con gli adempimenti e le norme previste dal D.Lgs. n°81/2008 se e quando obbligatorie;
7. di avere preso piena ed integrale conoscenza di tutte le norme e disposizioni contenute nel Bando e in ogni suo allegato e di accettarle senza condizione e riserva alcuna;
8. di avere preso piena ed integrale conoscenza di tutte le circostanze che possano influire sul compenso previsto e di giudicare le medesime nel loro complesso remunerative e tali da consentire l'offerta.
9. Di avere tenuto conto, nel formulare la propria offerta, di eventuali maggiorazioni per lievitazione dei prezzi che dovessero intervenire durante l’incarico, rinunciando fin d’ora a chiedere la risoluzione del contratto per eccessiva onerosità sopraggiunta ai sensi dell’art. 1467 codice civile o la revisione del corrispettivo anche ove le variazioni del costo della prestazione siano superiori al 10% del prezzo offerto, che non sarà in alcun modo soggetto a revisione a qualsiasi azione o eccezione di merito.

l) Di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate.

1. Di autorizzare l’istituzione scolastica al trattamento dei dati personali come da dichiarazione sottoscritta che allega (All. 2)

Che il recapito per le comunicazioni relative al presente bando è il seguente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre di possedere i seguenti requisiti:**

* Laurea in…………………………………………………………………………………………………………………..

Conseguita presso l’Università ……………………………………………………………………………………………..

Nell’anno accademico……………………………………………..con la votazione di ………………………………

* Iscrizione Ordine Professionale ………………………………………………………presso………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Attestato di frequenza a corsi di Specializzazione in materia di igiene e salute rilasciato da …………………………………………………………………………………………………………………………………
* **Esperienze di medico competente in istituti scolastici**:

1-………………………………………………………………………………………………………………………..…….

2-……………………………………………………………………………………………………………………….…….

3-………………………………………………………………………………………………………………………………

4-………………………………………………………………………………………………………………………………

5-………………………………………………………………………………………………………………………………

6-…………………………………………………………………………………………………………………………….

* **Esperienze di medico competente in enti pubblici diversi dalle istituzioni scolastiche o privati**

1-………………………………………………………………………………………………………………………………

2-……………………………………………………………………………………………………………………………..

3-…………………………………………………………………………………………………………………………..….

4-………………………………………………………………………………………………………………………………

**offerta economica:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prestazione** | **Importo richiesto** | **%**  **IVA/**  **Rit. acconto** | **Importo richiesto**  **omnicomprensivo di qualsiasi ritenuta fiscale, I.V.A. e/o spese** |
| Incarico annuale medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie | Costo base Annuo  €\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Visita medica preventiva e periodica ed eventuale costo per uscita | Costo unitario  €\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Visita oculistica per addetti ai video terminali | Costo unitario  €\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Allegati:

1. curriculum in formato europeo, datato e firmato;
2. Autorizzazione trattamento dati
3. dichiarazione tracciabilità flussi finanziari;
4. copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore della domanda
5. Patto di integrità

In fede (timbro e Firma)

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