**ALLEGATO 1 – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**Alla Dirigente Scolastica**

**dell’ I.I.S. “Oliveti-Panetta”**

**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** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **residente in** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | **Prov.** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **via** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | **cap** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Codice fiscale** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **P.Iva** | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **indirizzo di posta elettronica** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |
| **Indirizzo pec** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |
| **cellulare** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |
| **in nome proprio** o |  | | | | | |
| **per conto della Ditta/Società/Studio medico** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | **P.Iva** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **sito in** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | **Prov.** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **via** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | **cap** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

in possesso dei requisiti previsti dall’**Avviso pubblico Prot. n. 1832/VII.7 del 21/02/2022**

**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. “Oliveti-Panetta”, prevista dal D.lgs 81/2008, così come modificato dal D.lgs n. 106/2009.

Allegato: Documento di identità

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ALLEGATO 2 - AUTODICHIARAZIONE**

**Alla Dirigente Scolastica**

**dell’ I.I.S. “Oliveti-Panetta”**

**Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il/la sottoscritto/a** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| **nato/a a** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **il** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **residente in** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | **Prov.** | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **via** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | **cap** | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Codice fiscale** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **P.Iva** | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **domiciliato in** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | **Prov.** | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **via** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | **cap** | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **in possesso del seguente titolo di studio** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |

## **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. “Oliveti-Panetta” per il periodo di 24 mesi (ventiquattro) a decorrere dalla data di stipula del contratto, in qualità di (BARRARE CON UNA “X”):

* + Libero professionista
  + Studio medico
  + 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 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. 38 primo comma lettera a),b),c),d) del D.Lgs 163/2006;
  + di accettare senza alcuna riserva tutte le clausole dell’**Avviso pubblico di selezione Prot. n. 1832/VII.7 del 21/02/2022.**

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.

Luogo e data

Timbro e Firma

**ALLEGATO 3 – OFFERTA TECNICO-ECONOMICA Alla Dirigente Scolastica**

**dell’ I.I.S. “Oliveti-Panetta”**

|  |  |
| --- | --- |
| **OFFERTA TECNICA (Esperienze)** | |
|  | **Spazio riservato alla valutazione della Commissione** |
| **Esperienze di medico competente in istituti scolastici**  **(punti 5 per ogni incarico fino a un max di punti 20)** |  |
| 1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Esperienze di medico competente in enti pubblici**  **(punti 5 per ogni incarico fino a un max di punti 20)** |  |
| 1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **TOTALE PUNTEGGIO Offerta Tecnica MAX 40 punti** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OFFERTA ECONOMICA** | | |
| **PRESTAZIONE IMPORTO** | **IMPORTO RICHIESTO** | **Spazio riservato alla valutazione della Commissione** |
| **Prestazione A)**  Incarico annuale medico competente comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica, sopralluoghi e consulenze varie  (**max 45 punti)** | € \_ |  |
| **Prestazione B)**  Visite mediche periodiche con giudizio di idoneità (costo cadauno)  **(max 15 punti)** | € \_ |  |
| **TOTALE PUNTEGGIO Offerta Economica MAX 60 punti** | |  |

Data **Firma**