



ALLEGATO A

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE PER L’AFFIDAMENTO dell’incarico di “medico competente per il servizio di sorveglianza sanitaria”

Al Dirigente Scolastico
Dell’Istituto Comprensivo “T. TASSO”

Il/La sottoscritt_ _____

Codice Fiscale _____ nat_ a _____ il
_____ Residente a _____ in Via _____

tel. _____, cell. _____, e-mail _____,

chiede di poter partecipare alla selezione per l'attribuzione dell'incarico di “**medico competente per il servizio di sorveglianza sanitaria**”

Il/La sottoscritt_ allega alla presente:

- **curriculum vitae in formato Europeo**
- **documento d’identità**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate all'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, _ I _ sottoscritt_ dichiara di:

- essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell’Unione europea;
- godere dei diritti civili e politici;
- non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- essere in possesso dei requisiti essenziali previsti del presente avviso;
- aver preso visione dell’Avviso e di approvarne senza riserva ogni contenuto;
- di essere consapevole che può anche non ricevere alcun incarico/contratto;
- di non trovarsi in situazione di conflitto di interessi anche a livello potenziale intendendosi per tale quello astrattamente configurato dall’art. 7 del d.P.R. n. 62/2013;
- essere in possesso di uno dei seguenti titoli o requisiti previsti dall’art 35 del D.lgs 9 aprile 2008 n. 81 e ss.mm.i, per assumere le funzioni di “medico competente”;
- possesso del Diploma di Laurea in medicina;
- Iscrizione all’elenco dei medici competenti della Regione Campania;
- non essere stato inibito per legge o per provvedimento disciplinare all’esercizio della libera professione;
- aver valutato ogni elemento per l’individuazione del lavoro da svolgersi;

Inoltre, esprime il proprio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del D.L.vo n 196/03 (**Codice in materia di protezione dei dati personali**) e del regolamento UE/679/2016, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data _____

In fede _____



Allegato B

**BANDO DI GARA PER L'AGGIUDICAZIONE DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA
SANITARIA - OFFERTA ECONOMICA**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

C.F. _____ Partita IVA _____ -

OFFRE

per l'attribuzione dell'incarico di "MEDICO COMPETENTE", il seguente costo annuo (lordo stato/ IVA compresa):

Oggetto	Costo annuale in lettere e in cifre Omnicomprendivo al lordo di ogni fiscalità
Incarico triennale medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie (indicare importo annuale valido per i tre anni)	

Data _____

Firma _____