**Allegato A**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**AL BANDO PUBBLICO**

**INCARICO MEDICO COMPETENTE**

*Al Dirigente Scolastico*

*Istituto Tecnico Tecnologico*

*“G. Malafarina”*

*Scuola capofila*

Rete “**Sicurezza, salute e sorveglianza sanitaria a scuola*”***

IL/1a sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/P .zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione per l'affidamento dell'incarico di esperto esterno "Medico competente per la valutazione dei rischi e per l'esercizio di sorveglianza sanitaria", di cui al Bando pubblico Prot. **n. / 2020 4.1.q del 14/11/2020.**

A tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76 DPR. 445/2000), ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

**DICHIARA di:**

1. essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
2. godere dei diritti civili e politici;
3. non avere riportato condanne penali e non essere destinatari di provvedimenti che riguardano misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
4. non avere riportato condanne penali o avere procedimenti penali pendenti;
5. avere preso visione dell’Avviso pubblico relativo alla presente selezione e di essere a conoscenza di tutte le prescrizioni e condizioni ivi previste
6. non essere destituito o dispensato dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione;
7. non essere stato dichiarato decaduto dall’impiego per aver conseguito dolosamente la nomina mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
8. non essere stato interdetto dai pubblici uffici a seguito di sentenze passate in giudicato;
9. non avere riportato condanne penali o avere procedimenti penali pendenti;
10. non essere inibito per legge o per provvedimento disciplinare all’esercizio della libera professione;
11. non avere procedimenti penali pendenti che ricadono nelle condizioni di esclusione previste dall'art. 80 del D.Lgs.50/2016;
12. non essere in possesso dei requisiti previsti dall’ art.4 dell’avviso;
13. essere a conoscenza che la presente richiesta, non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo l’Amministrazione che sarà libera di seguire anche altre procedure e che la stessa Amministrazione si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di sua esclusiva competenza, il procedimento avviato, senza che i soggetti richiedenti possano vantare alcuna pretesa.
14. essere in possesso dei titoli e requisiti previsti dal Dlgs. 81/2008*,* art. 38. In caso di partecipazione alla gara da parte di una 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;
15. di esprimere, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali conferiti, con particolare riguardo a quelli definiti "sensibili" dell'art. 4, coma l lettera d) del D. Lgs. n. 196/03*,* per la finalità e durata necessaria per gli adempimenti connessi alla prestazione lavorativa richiesta.

**Allega alla presente domanda:**

* fotocopia della carta d'identità in corso di validità;
* Curriculum vitae et studiorum;
* Allegato B;
* Allegato 1.

Il/la sottoscritto/a si impegna a svolgere l'incarico senza riserve e secondo quanto previsto dal bando.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L.vo *n.196/2003,* particolare riguardo a quelli definiti “sensibili” dall’art. 4, comma 1 lettera d) del sopracitato Decreto Legislativo, per le finalità e durata necessaria per gli adempimenti connessi alla prestazione lavorativa richiesta

Data ---------------------- firma---------------------------

**Allegato B**

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 38 comma 3

IL/1a sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/P .zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_

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

ai fini dell' ammissione al **BANDO DI PUBBLICA SELEZIONE**

**PER IL CONFERIMENTO DELL' INCARICO DI MEDICO COMPETENTE**

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall' art.76 del D.P.R. 28/12/2000 N . 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui al suddetto articolo, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

1. di essere a conoscenza dei compiti connessi al ruolo professionale di Medico Competente;
2. di non aver riportato condanne penali e di non essere a conoscenza di avere a proprio carico procedimenti penali in corso;
3. di essere in possesso dei seguenti titoli di studio - abilitazioni:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione | Qualifica conseguita | Data |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**dichiara**

inoltre di possedere i seguenti requisiti:

* Laurea in Medicina con specializzazione in medicina del lavoro o altro requisito di cui all'art.38 comma del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.
* Altri titoli professionali e culturali connessi;
* Copertura polizza assicurativa n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dei rischi derivanti dall'espletamento dell'incarico.

Data ---------------------- firma---------------------------

**ALLEGATO 1**

**BANDO DI PUBBLICA SELEZIONE**

**PER IL CONFERIMENTO DELL' INCARICO DI MEDICO COMPETENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **OFFERTA ECONOMICA LORDA** (compreso le ritenute a carico del professionista ed escluso l'IVA se dovuta). **Max. Punti 70** | |
| **PRESTAZIONE / CRITERIO** | **EURO** |
| 1. Incarico annuale medico competente per le prestazioni di cui agli artt. 1 e 3 per ciascuna delle istituzioni scolastiche che ha aderito al bando, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie | € |
| 1. Singola visita medica per accertamento idoneità al lavoro/ Prestazione | € |
| 1. Singola visita medica per lavoratore soggetto a sorveglianza sanitaria | € |
| 1. Singola somministrazione di alcol test non invasivo | € |
| 1. Valutazione clinico funzionale del rachide (costo cadauno | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Spirometria, valutazione ergoftalmologica (costo cadauno) | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **OFFERTA TECNICA**  **Max. punti 30** | |
| 1. Esperienze di medico competente in Istituti scolastici.   Riportare nelle righe sottostanti, per un numero massimo di 5 incarichi, le esperienze maturate con l’indicazione del periodo e dell’Istituto scolastico | 1. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 2. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 3. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 4. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 5. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 1. Esperienze di medico competente in Enti pubblici e/o privati.   Riportare nelle righe sottostanti, per un numero massimo di 5 incarichi, le esperienze maturate con l’indicazione del periodo e dell’Ente pubblico o privato: | 1. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 2. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 3. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 4. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 5. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 1. Luogo di effettuazione delle visite di sorveglianza sanitaria (distanza dalla sede) | * Punti 10 se presso le sedi scolastiche * Punti 5 all’offerente che dichiari di effettuare le visite ad una distanza inferiore ai 35 Km dalla sede dell’Istituzione scolastica più lontana; * Punti 0 per distanze superiori ai 35 Km |

Data ---------------------- firma---------------------------