ALLEGATO 1

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE (per persone giuridiche)**

**All’Amministratore Unico**

Sanitaservice ASL BR srl

Dott.ssa Maria Rosa Di Leo

**Oggetto: Domanda di partecipazione all’Avviso pubblico per la selezione della figura professionale di Medico Competente.**

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

prov. \_il , Codice Fiscale \_\_ \_\_\_ ,

 in qualità di titolare/Legale rappresentante della ditta/società\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_ \_\_\_ alla via/piazza \_ \_\_\_\_ **,** codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P. Iva\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel/cell. \_\_\_ \_\_ **,**

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

**CHIEDE**

di partecipare alla selezione per l'attribuzione dell'incarico di Medico Competente di cui all’Avviso in oggetto.

 **A tal fine**

**DICHIARA**

**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**

* di aver preso visione dell’Avviso Pubblico relativo alla presente selezione e di essere a conoscenza di tutte le prescrizioni e condizioni ivi previste;
* che l’impresa/società è regolarmente iscritta alla C.C.I.A.A. (Camera di Commercio, Industria Artigianato ed Agricoltura) di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per lo svolgimento dell'attività specifica attinente il servizio di cui al presente Avviso;
* che l’impresa/società possiede tutte le iscrizioni e le abilitazioni necessarie per la fornitura e l'espletamento dei servizi oggetto della presente gara;
* di essere iscritto all’INPS sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto all’INAIL sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice ditta n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che l’impresa/società, ai sensi dell'art.17 della Legge 68/99 è in regola con le norme della suddetta legge (norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili) ovvero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che l’impresa/società non si trova in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività, di concordato preventivo, di sospensione dell'attività commerciale e in nessuna delle condizioni di esclusione previste dall'articolo 80 del D. Lgs. 19 aprile 2016 n. 50 e successive integrazioni;
* che nei confronti dell'amministrazione o dei rappresentanti legali della società non sia stata pronunciata condanna con sentenza passata in giudicato per qualsiasi reato che incida sulla moralità professionale per delitti finanziari;
* che l’impresa/società è in regola con obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori ed il pagamento di imposte e tasse secondo la legislazione vigente;
* di 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;
* di essere a conoscenza che la presente dichiarazione non costituisce prova di possesso dei requisiti generali per l’affidamento del servizio, che invece è dichiarato dall’interessato ed accertato dal committente nei modi di legge in occasione della procedura di affidamento;
* di non trovarsi in ogni altra situazione che possa determinare l’esclusione dalle gare e/o incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione ai sensi delle vigenti disposizioni di legge in materia;
* di autorizzare, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, e del D. Lgs n. 196/2003, il trattamento dei dati personali, per le esclusive esigenze collegate alla presente procedura e per l'eventuale successiva stipula del contratto;
* di impegnarsi, in caso di aggiudicazione, a trasmettere la dichiarazione di cui alla legge n. 136/2010 sulla tracciabilità dei flussi finanziari

**DICHIARA altresì**

* chela persona designata ad assumere l’incarico di Medico Competente all’interno della Società è il dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in possesso dei titoli e dei requisiti previsti dall’Avviso in oggetto.

**Il/la sottoscritto/a, ai sensi del Regolamento europeo Privacy 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/03, autorizza la Sanitaservice al trattamento dei dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito della procedura per la quale sono rilasciati e per i fini istituzionali.**

Luogo e data

 Firma del titolare/rappresentante legale

Allega alla presente:

* curriculum vitae in formato europeo, datato e sottoscritto del medico competente individuato;
* copia del documento di identità, in corso di validità, datato e sottoscritto (del medico competente);
* dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità (del medico competente).
* offerta economica (espressa in cifre e lettere).

Data Firma

ALLEGATO 3

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITÀ' DI CUI ALL'ART.20 DEL D.LGS. 39/2013

**All’Amministratore Unico**

Dott.ssa Maria Rosa Di Leo

Il/la sottoscritto/a nato/a a

prov. il , Cod.Fisc , residente in

 \_\_\_via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **,** in relazione all’incarico di

Medico Competente di cui all’Avviso pubblicato da codesta società, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

L'insussistenza nei propri confronti delle cause di incompatibilità e inconferibilità, a svolgere l'incarico indicato, previste dal D.lgs. 39/2013 recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e gli enti privati di controllo pubblico, a norma dell'art. 1, c.49 e 50 della L.190/2012”.

Data

Si allega documento di identità in corso di validità.

Firma

ALLEGATO 4

OFFERTA ECONOMICA

**All’Amministratore Unico**

Dott.ssa Maria Rosa Di Leo

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

prov. \_il , Codice Fiscale \_\_ \_\_\_ ,

 in qualità di titolare/Legale rappresentante della ditta/società\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_ \_\_\_ alla via/piazza \_ \_\_\_\_ **,** codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P. Iva\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in relazione all’incarico di Medico Competente di cui all’Avviso pubblicato da codesta Società, comunica il costo per le prestazioni richieste come di seguito riportate:

1. Gestione piano sanitario, nomina, sopralluogo e riunione € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Visita medica con giudizio **€**  \_\_
3. Screening visivo di primo livello **€**  \_\_
4. Spirometria basale € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Drug test di primo livello, alcool breath test+ CAGE test (cioè esami di monitoraggio alcol e tossicodipendenza) € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. ECG € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Audiometria con esame otoscopio € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Esami di laboratorio (comprensivo di prelievo con emocromo completo, Got, Gpt, gamma-
9. GT, azotemia, glicemia, creatinine mia, bilirubina, es. urine) € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Attività di formazione di primo soccorso D.M. 388/03

***(inserire l’importo orario***) **€**  \_

Data

Si allega documento di identità in corso di validità.

Firma del titolare/legale rappresentante

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