ALLEGATO 1

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

**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 \_\_ \_\_\_ ,

residente in \_\_\_ \_\_\_ via/piazza \_ \_\_\_\_ **,** domicilio

professionale \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell. \_\_\_ \_\_ **,** peo

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;
* di essere cittadino \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di godere dei diritti civili e politici;
* di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguita il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e di abilitazione all’esercizio professionale conseguita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto all’Ordine dei medici e chirurghi della provincia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto nell’elenco dei “Medici Competenti” del Ministero della Salute;
* di aver partecipato al programma triennale di educazione continua in medicina (ECM) nel triennio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (obbligo formativo di cui all’art. 38 comma 3 D.Lgs. 81/2008) e di aver conseguito i seguenti crediti (specificare):
* corso di aggiornamento (ECM) in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ crediti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* corso di aggiornamento (ECM) in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ crediti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* corso di aggiornamento (ECM) in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ crediti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non trovarsi in alcuna situazione di inibizione per legge o per provvedimento disciplinare all’esercizio della professione;
* di non trovarsi in alcuna delle situazioni di esclusione previste dall’art. 3 del presente Avviso Pubblico;
* di non trovarsi in alcuna condizione di incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione;
* di possedere i titoli alla data di pubblicazione del presente avviso e di aver maturato le esperienze professionali risultanti dall’allegato curriculum vitae professionale;
* di impegnarsi, in caso di aggiudicazione, a trasmettere la dichiarazione di cui alla legge n. 136/2010 sulla tracciabilità dei flussi finanziari

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

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

Allega alla presente:

* curriculum vitae in formato europeo, datato e sottoscritto;
* copia del documento di identità, in corso di validità, datato e sottoscritto;
* dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità;
* offerta economica (espresso 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