

SCHEMA DI DOMANDA AUTODICHIARAZIONE  
(artt.46 e 47 del D.P.R445/2000)

Spett.le I.C. "SCINA' COSTA"  
Via G.Li Bassi n.60  
90128 PALERMO

DICHIARAZIONE DI INTERESSE ALL'ESPLETAMENTO DEL SERVIZIO ANNUALE DI MEDICO COMPETENTE, EX D.LGS.M.81/2008, dell'I.C. "Scina' Costa"

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

in qualità di (se trattasi di operatore economico/impresa/studio  
professionale) con residenza/sede legale in Cap. via

tel. fax

codice fiscale/partita IVA della .....

codice attività/autorizzazione: ..... i

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R n. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti false/o uso degli stessi,

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

all'affidamento annuale del servizio di medico competente, ai sensi del D. Lgs. n.81/2008 presso l'I.C. "Scina' Costa" di Palermo

DICHIARA

- L' insussistenza di una qualsiasi causa di esclusione dalla partecipazione degli operatori economici agli appalti pubblici, di cui all'art. 80 del D.Lgs.n.50/20016;

- essere in possesso dei requisiti di carattere professionale di cui all'art. 38 del D. Lgs. n.81/2008, (specificare).....

.....

- di essere iscritto al n ..... del ..... nell'Elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero della salute;

- di essere in possesso dell'autorizzazione/iscrizione alla CCIAA ..... n. ....

rilasciata ..... per lo svolgimento del servizio in affidamento (nel caso di studi professionali, i quali dovranno indicare il professionista in possesso dei requisiti previsti nell'art. 38 del D.Lgs.81/08 che, nell'eventualità dell'aggiudicazione, assumerà il ruolo di medico competente);

- essere in possesso di idonea assicurazione professionale;

- di essere disponibile a svolgere il servizio alle seguenti condizioni economiche:

PRESTAZIONE	Unità di misura	IMPORTO BASE	IMPORTO OFFERTO
Incarico annuale medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie di cui all'art.1 del presente avviso	annuali	€.400,00	
Prima visita medica con giudizio	cadauno	€.30,00	

Allegato al prot.n.14854 del 22/11/2022

d'idoneità			
Visita medica successiva con giudizio d'idoneità	cadauno	€.20,00	
Valutazione clinic funzionale del rachide	cadauno	€.10,00	
Spirometria, valutazione e ergoftalmologica	cadauno	€.15,00	

Data \_\_\_\_\_ IL DICHIARANTE (firma) \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione deve essere accompagnata da copia fotostatica di un documento di riconoscimento del sottoscrittore, ai sensi del D.P.R n.445/2000.

Si allega curriculum vitae.

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGSN.196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali):

I dati personali richiesti dall'I.C. "Scina' Costa" per le finalità inerenti la definizione del presente procedimento e la conseguente attività esecutiva verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo, oltre che per l'adempimento degli obblighi previsti dalle disposizioni normative e regolamentari vigenti in materia. Il trattamento dei dati avverrà in maniera manuale ed informatica e comunque in modo tale da garantirne la sicurezza e riservatezza. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria. I dati raccolti saranno utilizzati ed eventualmente comunicati ad altri soggetti pubblici o privati, ai fini strettamente necessari per lo svolgimento delle attività istituzionali e di quelle eventualmente connesse, oltre che per l'adempimento di ogni altro obbligo previsto da disposizioni normative o regolamentari. Titolare del trattamento dei dati personali la Dirigente Scolastica Dott.ssa Aurora Fumo.

Data \_\_\_\_\_ IL DICHIARANTE (firma) \_\_\_\_\_