

SCHEMA DI DOMANDA AUTODICHIARAZIONE
(artt.46e47delD.P.R445/2000)

Spett.le
Istituto Comprensivo "Scinà-Costa
90128,Palermo

DICHIARAZIONE DI INTERESSE ALL'ESPLETAMENTO DEL SERVIZIO ANNUALE DI MEDICO COMPETENTE, EX
D.LGS.M.81/2008, dell'I.C.ScinàCosta di Palermo

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
in qualità di (se trattasi di operatore economico/impresa/studio
professionale)conresidenza/sede legaleinCap via
telfax
codicefiscale/partitaIVAdella.....
codiceattività/autorizzazione:..... i
ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R n. 445/2000, consapevole della responsabilità e
delleconseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di
atti falsie/o usodegli stessi,

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

all'affidamento annuale del servizio di medico competente, ai sensi del D. Lgs. n81/2008 presso
l'I.C."ScinàCosta "di Palermo

DICHIARA

- L' insussistenza di una qualsiasi causa di esclusione dalla partecipazione degli operatori economici agliappaltipubblici, dicui all'art. 80delD.Lgs.n.50/20016;
- essere in possesso dei requisiti di carattere professionale di cui all'art. 38 del D. Lgs. n.81/2008,(specificare).....
.....
.....
- diessere iscritto aln.....del..... nell'Elenco dei medici competenti istituito pressoil Ministero della salute;
- di essere in possesso dell'autorizzazione/iscrizioneallaCCIAA.....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.81/08che, nell'eventualità dell'aggiudicazione,assumeràil ruolo dimedicocompetente);
- essereinpossessodiidoneaassicurazioneprofessionale;
- diessere disponibileasvolgere ilservizio alleseguenticondizionieconomiche:

| PRESTAZIONE | Unitàdimisura | IMPORTO BASE | IMPORTO OFFERTO |
|---|---------------|-----------------|--------------------|
| Incarico annuale medico competente,comprensivo di relazione annuale,partecipazionealla riunioneperiodicae consulenze varie di cui all'art.1 del presenteavviso | annuali | €400,00 | |

| | | | |
|--|---------|---------|--|
| Primavisitamedicacon giudizio | cadauno | €.30,00 | |
| d'idoneità | | | |
| Visita medica successiva con giudizio d'idoneità | cadauno | €.20,00 | |
| Valutazione clinic funzionale del rachide | cadauno | €.10,00 | |
| Spirometria, valutazione ergo oftalmologica | 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.Rn.445/2000.

Siallega curriculum vitae.

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

I dati personali richiesti dalla D.D. De Amicis 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 è il Dirigente Scolastico Giovanna Genco

Data _____ IL DICHIARANTE (firma) _____