**Allegato 3**

AVVISO PUBBLICO PER L’AGGIUDICAZIONE DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA DURATA TRIENNALE PROT. N. 7008/IV.8 DEL 10/05/2023

OFFERTA TECNICO-ECONOMICA

Il sottoscritto nato a il / /

C.F. Partita IVA

# PRESENTA

per l’attribuzione dell’incarico di “MEDICO COMPETENTE”, la seguente offerta tecnico-economica:

* 1. **OFFERTA ECONOMICA MAX 70 PUNTI**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIZIONE** | **Costo Omnicomprensivo al lordo di ogni**  **fiscalità** |
| **A) Attività di Collaborazione con il Datore di Lavoro (art. 25 c. 1 lettera** |  |
| **a) per:**   * Informazione/formazione riguardante la sicurezza e la salute nei luoghi di |  |
| lavoro;   * Programmazione controllo rischi; * Valutazione rischi e stesura documento; * Predisposizione servizio Primo Soccorso; * Attuazione/valorizzazione programmi di promozione della salute; * Programmazione della sorveglianza sanitaria e stesura del relativo | **COSTO ANNUALE LORDO STATO MAX 40 PUNTI**  **€**  **(indicare importo)** |
| protocollo (art. 25 c.1 lettera b);   * Visita agli ambienti di lavoro (art. 25, c. 1 lettera l); * Partecipazione alla riunione e/o periodica (art. 35, c.1). |  |
| **B) Visita medica con formulazione giudizio di idoneità per iscritto e consegna copia Datore di lavoro (art. 41, c. 6 e 6 bis):**   * Periodica (art. 41 c. 2 lettera b) | **COSTO PER VISITA E/O PRESTAZIONE LORDO STATO MAX 10 PUNTI**  **€**  **(indicare importo)** |
| **B) Visita medica con formulazione giudizio di idoneità per iscritto e consegna copia Datore di lavoro (art. 41, c. 6 e 6 bis):**   * Su richiesta del lavoratore (art. 41 c. 2 lettera c) | **COSTO PER VISITA E/O PRESTAZIONE LORDO STATO MAX 10 PUNTI**  **€**  **(indicare importo** |
| **B) Visita medica con formulazione giudizio di idoneità per iscritto e consegna copia Datore di lavoro (art. 41, c. 6 e 6 bis):**   * In occasione del cambio di mansione (art. 41, c. 2 lettera d), comprensiva di test funzionale visivo ed eventuali esami strumentali | **COSTO PER VISITA E/O PRESTAZIONE LORDO STATO MAX 10 PUNTI**  **€**  **(indicare importo)** |

# COMPETENZE (MAX 30 PUNTI)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESPERIENZE ATTINENTI AL RUOLO DI MEDICO**  **COMPETENTE** | **PUNTEGGIO** | **PUNTEGGIO A CURA DEL PARTECIPANTE ALL’AVVISO** |
| Esperienze di medico competente in Istituti Scolastici | 5 punti per ogni  incarico (max. 25 punti) |  |
| Esperienze di medico competente in Enti Pubblici | 5 punti per ogni incarico (max. 5  punti) |  |

Data

Firma