**Allegato 2**

**MODULO DI OFFERTA**

Il sottoscritto …………………………………………………………………………………….. nato a………………………………………………………………………………………………….

il ………………………., in qualità di ………………………………………………………………

rappresentate legale, procuratore, etc. dell’impresa ………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

con sede in ……………………………………………………………………………………………

C.F……………………………………………..Partita IVA ………………………………………..

O F F R E

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione** | **Compenso in cifra ONERI COMPRESI** | **Compenso in lettere ONERI COMPRESI** | **Note**  **(a cura della amm.ne)** |
| 1. Programmare ed effettuare la sorveglianza sanitaria nei casi previsti dall’articolo 41 del D.lgs 81/2008; | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Preparare ed effettuare visite mediche senza esami strumentali per i collaboratori scolastici esposti a rischio “movimentazione carichi”; | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Visita al personale addetto ai videoterminali con visiotest; | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Informare per iscritto il datore di lavoro ed il lavoratore in merito ai giudizi di idoneità espressi; | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Compilare al termine della prima visita il libretto sanitario ed il giudizio di idoneità alle mansioni; | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Effettuare periodica informativa a tutto il Personale in merito a comportamenti di prevenzione del rischio; | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Eseguire visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione; | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Istituire, aggiornare e custodire, sotto la propria responsabilità, una cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Compiere consulenze su casi particolari, come richiesto dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali; | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 1. Effettuare visite mediche visite mediche su richiesta del lavoratore, qualora sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica. | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Fare sopralluogo degli gli ambienti di lavoro, unitamente al Dirigente Scolastico, al R.S.P.P. e al R.L.S. almeno una volta all’anno o a cadenza diversa da stabilire in base alla valutazione dei rischi; | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Redigere l’attestato per l’esercizio della flessibilità del congedo per maternità; | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Partecipare alle riunioni di cui all’art.35 del D.lgs 81/2008 e comunicare al datore di lavoro, al R.S.P.P. e all’R.L.S. i risultati anonimi collettivi della sorveglianza sanitaria effettuata e fornire indicazioni sul significato di detti risultati ai fini dell’attuazione delle misure per la tutela della salute e dell’integrità psico-fisica dei lavoratori | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Tutti i compensi si intendono omnicomprensivi di qualsiasi onere, per i possessori di partita IVA i prezzi si intendono comprensivi di IVA e oneri accessori.

󠄀 dichiara di avere diritto a \_\_\_\_\_ punti per avere prestato la propria attività di medico competente presso le scuole per n. \_\_\_\_ anni scolastici (scuole e periodi indicati nel C.V.)

󠄀 dichiara di avere diritto a \_\_\_\_ punti per avere prestato la propria attività di medico competente presso gli Enti pubblici per n. \_\_\_\_ anni (Enti pubblici e periodi indicati nel C.V.)

󠄀  **dichiara la propria disponibilità alla reperibilità per consulenze entro 24 ore.**

Data

…………………………….

Il concorrente

……………………………………..