**ALLEGATO 1**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**CON ALLEGATA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46 D.P.R. 445/2000)**

Al Dirigente Scolastico

dell’ I.C. “Don Lorenzo Milani” di Aquileia

Il/la sottoscritto/

C.F.

**DICHIARA**

* di essere disponibile ad assumere l’incarico di medico competente di cui all’ avviso prot.n.

 del 2024

* di essere in possesso dei requisiti necessari per l’affidamento dell’incarico
* di accettare senza riserva alcuna le condizioni indicate nell’ avviso di selezione suindicato
* di esercitare le funzioni di medico competente presso l’ambulatorio sito nel Comune di

 in Via

E, consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera,

**AUTOCERTIFICA**

1. - di essere nato/a a \_ il
2. - di essere residente in (Prov. )

Via n° CAP recapito

telefonico

1. - di essere cittadino/a italiano/a secondo le risultanze del Comune di
2. - di godere dei diritti politici
3. - di non aver riportato condanne penali e che escludano dall’elettorato attivo e che comportino l’interruzione dai pubblici uffici e/o l’incapacità di contrattare con la pubblica amministrazione;
4. - di essere titolare di contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato fino al

 in qualità di docente ed in servizio presso il seguente Istituto Scolastico Statale indirizzo:

 della Provincia di Udine;

7- di essere in possesso della autorizzazione di massima del Dirigente Scolastico della scuola di servizio a svolgere l’incarico di medico competente;

8 - di essere in possesso dei seguenti titoli di studio e specializzazione:

1. Laurea in conseguita presso l’Università degli Studi di

in data

1. Specializzazione in medicina del lavoro conseguita presso nel 9 - l’ assenza nell’ esercizio della professione di errore grave accertato;
2. - di essere in possesso dei requisiti di cui all’art. 38 del D.Lgs. 81/2008;
3. - di essere regolarmente iscritto all’Ordine Professionale della Provincia di

12- di essere iscritto all’elenco dei Medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali con numero di iscrizione a far data dal / /

13 - di essere retribuito dalla Direzione Territoriale Economia e Finanze sede di

numero partita fissa

oppure:

di essere estraneo all’Amm.ne dello Stato, in tal caso l’attività deve essere considerata:

* prestazione professionale con emissione di regolare fattura;
* lavoro autonomo con emissione di regolare fattura soggetta ad IVA e rivalsa del 4% a titolo contributo Cassa (compenso e rivalsa soggetti a ritenuta d’acconto);
* Prestazione di lavoro autonomo occasionale soggetto a ritenuta d’acconto, IRAP ed escluso campo IVA;
* Prestazione di lavoro autonomo assoggettata alla disciplina prevista dalla L. 335/95 – art. 2 commi 26/30 e successive modificazioni e integrazioni (compenso soggetto a ritenuta d’acconto, IRAP e INPS)

14- di aver svolto l’incarico di medico competente presso le seguenti PP.AA. (esclusa Amministrazione scolastica):

e presso l’ Amministrazione Scolastica in particolare nelle seguenti istituzioni scolastiche: Istituto di anno/i

Istituto di anno/i

Istituto di anno/i

Istituto di anno/i

Istituto di anno/i

 li,

**IL/LA DI DICHIARANTE**

NB: in caso di partecipazione alla gara da parte di Società, si precisa che dovrà essere indicato il professionista in possesso dei titoli previsti che, in caso di aggiudicazione del servizio, assumerà l’incarico di Medico Competente. Tutti i titoli dovranno essere posseduti al momento della presentazione della candidatura ed essere autocertificati ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000.

ALLEGARE:

1. FOTOCOPIA DOCUMENTO D’IDENTITA’ VALIDO
2. CURRICULUM VITAE CON ATTESTAZIONE DELLE COMPETENZE PER L'AFFIDAMENTO DELL’INCARICO PREVISTE DAL D.Lgs.vo 9 APRILE 2008, N. 81 E SS.MM.II.

**AVVERTENZE:**

Ai sensi dell’art. 76 DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l‘uso di atti falsi, sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi in materia. Ai sensi dell’art. 75 DPR n.445/2000, se a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

**OFFERTA ECONOMICA**

**ALLEGATO 2**

**PER INCARICO TRIENNALE DI MEDICO COMPETENTE AI SENSI DEL D.LGS81/2008**

Al Dirigente Scolastico

dell’ I. C. “Don Lorenzo Milani” di Aquileia

Il/la sottoscritto/ - C.F. in riferimento all’avviso di selezione prot.n. /2023 del

 2023 per l’affidamento di un incarico biennale (1.09.2024/31.08.2026) di medico competente di cui al D.Lgs. 81/2008,

**P R E S E N T A**

la sottoindicata offerta economica con **validità per il biennio**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrizione prestazione** | **Costo iva ed altri oneri inclusi** |
| Sopralluogo ambiente lavoro, partecipazione a riunione con R.S.P.P. stesura protocollo sanitario,ecc. | €……………………………………………**(**specificare se a prestazione, annui o altro) |
| Visita medica idoneità studenti in attività P.C.T.O. | €……………………………………………. per ogni visita / studente |
| Visita medica preventiva/prima visita | €…………………………………………… per ogni visita / lavoratore |
| Visita medica periodica | €…………………………………………………per ogni visita / lavoratore da sottoporre a tale esame |
| Visita posturale (esame rachide) | €…………………………………………………….per ogni visita / lavoratore da sottoporre a tale esame |
| Esame audiometrico | €…………………………………………………….per ogni visita / lavoratore da sottoporre a tale esame |
| Esame spirometrico | €…………………………………………………….per ogni visita / lavoratore da sottoporre a tale esame |
| Screening ergoftalmologico Visiotest | €……………………………………………………..per ogni visita / lavoratore da sottoporre a tale esame |
| Apertura cartella | €……………………………………………………… per ogni lavoratore visitato |
| Altre spese ……………………………………………… (specificare) | €……………………………………………………… |

Data FIRMA