

Al Dirigente Scolastico  
ISC "RITA LEVI MONTALCINI"  
PORTO SANT'ELPIDIO

**Oggetto:** DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DELLA FIGURA DI MEDICO COMPETENTE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ tel/ cell. \_\_\_\_\_  
indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla procedura di selezione, mediante valutazione comparativa, per il conferimento dell'incarico di cui all'Avviso pubblico di selezione della figura di medico competente

I sottoscritt \_\_\_, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

sotto la personale responsabilità di:

- ✓ di essere cittadino/a italiano/a
  - ✓ di godere dei diritti civili e politici
  - ✓ di non aver riportato condanne penali / ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali
- 

✓ di essere/non essere dipendente di una Amministrazione pubblica ( se sì, indicare quale:  
 \_\_\_\_\_ );

✓ di essere in possesso del seguente titolo di studio:  
 \_\_\_\_\_

- ✓ di impegnarsi a svolgere la propria attività, sulla base del calendario predisposto dal Dirigente scolastico;
  - ✓ di essere in regola con gli obblighi contributivi, previdenziali e fiscali;
  - ✓ di non trovarsi in condizioni di incompatibilità e/o inconferibilità;
- I sottoscritt dichiara di accettare le seguenti condizioni di partecipazione:

- a) I sottoscritt dichiara di essere a conoscenza che la mancanza di uno dei requisiti, di cui sopra, sarà causa di esclusione dalla selezione e/o risoluzione del contratto.
- b) I sottoscritt dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le disposizioni e le condizioni previste nell'Avviso pubblico di selezione.

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISC "RITA LEVI MONTALCINI"

**OFFERTA ECONOMICA**

Per l'Avviso pubblico per l'Affidamento dell'incarico di Medico Competente dell'Istituto, per il servizio di sorveglianza sanitaria ex art. 18 c. 1 lettera a)- d.l.gs. 81/08 e s.m.i .

Il/a sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

***FORMULA LA SEGUENTE OFFERTA ECONOMICA PER IL SERVIZIO E PER LE PRESTAZIONI PREVISTE NELL'AVVISO***

**1. COMPENSO ANNUO PER INCARICO MEDICO COMPETENTE:**

€ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
*cifre* *lettere*

**2. COSTO VISITA MEDICA PER ACCERTAMENTO IDONEITÀ AL LAVORO PREVENTIVA E /O PERIODICA :**

€ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
*cifre* *lettere*

**3. COSTO VISITA OCULISTICA PER ADDETTI AI VIDEOTERMINALI:**

€ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
*cifre* *lettere*

Dichiara inoltre che:

I costi di cui sopra si intendono comprensivi di tutte le spese ed oneri ( ritenuta d'acconto iva e oneri previdenziali) relativi ai servizio oggetto, validità dell'offerta 180 giorni.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma per esteso e leggibile)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
I.S.C. RITA LEVI MONTALCINI

Scheda notizie esperto per l'incarico nell'ambito del progetto dal titolo.....

**Dati anagrafici:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_  
Cap. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ - e-mail \_\_\_\_\_.

**Titolo progetto / incarico:** \_\_\_\_\_

data di inizio \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Il/La sottoscritto/a**, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, **DICHIARA**

<input type="checkbox"/>	<b>Di essere DIPENDENTE DI ALTRA AMMINISTRAZIONE</b> Specificare quale. In ottemperanza al D. Lgs. 165/01 è necessaria l'autorizzazione preventiva dell'Ente di appartenenza per il conferimento dell'incarico.
Denominazione: _____	
Aliquota IRPEF massima (desumibile dal cedolino dello stipendio) _____	

<input type="checkbox"/>	<b>Di essere LAVORATORE AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA</b>		
N° Partita IVA		Iscritto all'albo professionale	

Di essere iscritto alla <b>gestione separata dell'INPS</b> (ex Legge 335/95) e di emettere fattura con <b>addebito a titolo di rivalsa del 4%</b> .	SI	NO
Di essere iscritto alla <b>cassa di previdenza del competente ordine professionale</b> e di emettere fattura con addebito del <b>2% a titolo di contributo integrativo</b> .	SI	NO
Di avvalersi del regime forfetario (art. 1 c. 54-89 Legge 190/2014 – RF 19)	SI	NO
Di avvalersi del regime dei contribuenti minimi (Legge 244/07) – RF 02)	SI	NO
Esente IVA ai sensi _____	SI	NO
Soggetto a Ritenuta d'acconto del 20%	SI	NO

<input type="checkbox"/>	<b>Di svolgere una PRESTAZIONE OCCASIONALE</b> - soggetta a <b>ritenuta d'acconto (20%)</b>		
Dichiara, inoltre, che, alla data del _____, sommando i compensi per lavoro autonomo occasionale percepiti da tutti i committenti nell'anno corrente, al netto di eventuali costi:			
<input type="checkbox"/> <b>ha superato</b> il limite annuo lordo di <b>€ 5.000,00</b>			
<input type="checkbox"/> <b>non ha superato</b> il limite annuo di <b>€ 5.000,00</b> ed ha raggiunto il reddito annuo lordo di € _____.			
Il sottoscritto si obbliga altresì a comunicare a questo istituto scolastico, anche successivamente alla data odierna, l'eventuale superamento del limite annuo lordo di € 5.000,00.			

<input type="checkbox"/>	<b>Di essere</b> iscritto/a in via esclusiva alla gestione separata INPS di cui all'art. 2, c. 26, L. 08/08/95, n° 335 e quindi di essere assoggettato/a alle <u>seguenti aliquote</u> per l'anno <b>2024</b>		
--------------------------	---	--	--

**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI ALTRI INCARICHI**  
(ai sensi dell'art.15 comma 1 lettera c) del d.lgs. n. 33/2013)

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ in relazione all'incarico di esperto esterno : \_\_\_\_\_

(specificare il tipo di incarico, consulente/collaboratore/docente temporaneo/, ecc).

**DICHIARA**

Ai sensi dell'art.15 comma 1 lett. C) del d.lgs. 33/2013:

- di svolgere /non svolgere incarichi presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- di essere / non essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica amministrazione;
- di svolgere/non svolgere attività professionale.

Nel caso uno o più incarichi indicare l'ente o gli enti che li hanno conferiti :

N.	ENTE	INCARICO	DURATA	GRATUITO SI/NO

Il/ La sottoscritto/a si impegna, in caso di eventuali variazioni, a dare tempestiva comunicazione, inoltrando una nuova dichiarazione.

Di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs.196/2003 e del GDPR 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Porto S. Elpidio.....

Firma

**Dichiarazione di insussistenza cause ostative in relazione all'incarico di**

**Esperto** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

- Visto l'art. 53 del D.lgs. 165 del 2001 e successive modifiche;
- Vista la normativa concernente il limite massimo per emolumenti o retribuzioni (art. 23 ter del dl n. 201/2011, convertito con modificazioni dalla legge n. 214/2011; art. 1, commi 471 e seguenti, della legge n. 147/2013; art. 13 del dl n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla legge n. 89/2014);
- Visto il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del d.lgs. n. 165/2001;
- Visto il D.Lgs. n. 33/2013;
- Consapevole delle sanzioni penali per le ipotesi di dichiarazioni false e mendaci rese ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

**ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n° 445, che non sussistono cause di incompatibilità, di astensione e/o di conflitti di interesse nell'espletamento delle attività che si accinge a svolgere.**

L'esperta/o

## ALLEGATO 6

### **Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation )**

Gentile Signore/a, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

**1. Finalità del Trattamento:** I dati da Lei forniti verranno utilizzati per il procedimento amministrativo in oggetto.

**2. Modalità del Trattamento:**

Le modalità con la quale verranno trattati sono quelli **che permettono l'identificazione diretta dell'esperto**— come:

- i dati anagrafici (ad esempio: nome e cognome), le immagini, ecc.;
- i dati che permettono l'identificazione indiretta, come un numero di identificazione (ad esempio, il codice fiscale);

**3. Periodo di conservazione:**

I dati acquisiti dall'Istituto Comprensivo saranno conservati per tutto il tempo strettamente necessario.

**3. Conferimento dei dati:** Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 sono obbligatori e l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta il non espletamento della procedura in oggetto.

**4 Comunicazione e diffusione dei dati:** Non è prevista alcuna diffusione al di fuori dell' **Istituto Comprensivo**;

**5 Titolare del Trattamento:** Il titolare del trattamento dei dati personali è per l' Istituto Comprensivo è il **DIRETTORE SCOLASTICO IN CARICA**, con sede per il ruolo esercitato presso l'**ISTITUTO COMPRENSIVO "RITA LEVI MONTALCINI"** di Porto Sant'Elpidio

**6.Diritti dell'interessato:**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Si ricorda che può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'I.S.C. "RITA LEVI MONTALCINI", e/o per e mail all'indirizzo di posta [apic83600e@istruzione.it](mailto:apic83600e@istruzione.it) - [apic83600e@pec.istruzione.it](mailto:apic83600e@pec.istruzione.it) alla luce dell'autorizzazione sottoscritta esprime:

esprimo il consenso - NON esprimo il consenso, al trattamento dei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.;

esprimo il consenso - NON esprimo il consenso, alla comunicazione dei dati personali di enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa;

esprimo il consenso - NON esprimo il consenso, al trattamento delle categorie particolari dei dati personali così come indicati nell'autorizzazione sottoscritta.

IL\La sottoscritto\la \_\_\_\_\_ dichiaro\la di aver ricevuto, e di aver letto l'informativa che precede.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_