

**OFFERTA ECONOMICA PER L'AFFIDAMENTO DELL'INCARICO DI MEDICO COMPETENTE.
AVVISO PROT. N. 5262 DEL 15/07/2019 – AA.SS. 2019/20-2020/21-2021/22**

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo N. 6 di Imola
IMOLA

Da compilare nell'ipotesi di partecipazione alla selezione in forma individuale

Il/La sottoscritt _____,
nato a _____ (____) il ____/____/_____,
codice fisc. _____ e domiciliato a _____
_____, cap. _____ via _____
tel. _____ e.mail _____,

OPPURE

Da compilare nell'ipotesi di partecipazione alla selezione per il tramite di Ditta/Associazione/Studio associato

Il/La sottoscritt _____,
nato a _____ (____) il ____/____/_____, codice
fisc. _____ e residente a _____
(____), cap. _____ via _____ tel. _____
e.mail _____,
in qualità di rappresentante legale della ditta/associazione/cooperativa/studio associato (nel
prosieguito, operatore economico) _____
_____, codice fiscale _____, con sede
legale al seguente indirizzo _____
_____.

in relazione all'istanza di partecipazione alla selezione pubblica di cui all'avviso in oggetto,
finalizzata all'affidamento dell'incarico di medico competente per il servizio di sorveglianza
sanitaria, ex D. Lgs. n. 81/08, presso codesta Istituzione Scolastica,

COMUNICA

la seguente offerta economica:

- a) CANONE ANNUO per l'incarico di medico competente, relativo a tutte le prestazioni di cui
all'art. 4 dell'avviso prot. n. 3817/C14 del 26/06/2018, ad esclusione delle visite mediche
periodiche:

Euro (in cifre): _____/_____,

Euro (in lettere): _____/_____;

- b) TARIFFE PER VISITE MEDICHE PERIODICHE

1. Docenti di sostegno (**max. 42,40**)

• Euro (in cifre): _____/_____,

• Euro (in lettere):

_____/_____;

2. Docenti scuola dell'infanzia (**max. 42,40**)

• Euro (in cifre): _____/_____,

• Euro (in lettere):

_____/_____;

**OFFERTA ECONOMICA PER L'AFFIDAMENTO DELL'INCARICO DI MEDICO COMPETENTE.
AVVISO PROT. N. 5262 DEL 15/07/2019 – AA.SS. 2019/20-2020/21-2021/22**

3. Personale amministrativo (*la tariffa deve comprendere il costo della visita per addetti a video terminali - visiotest*) **(max. 59,13)**

• Euro (in cifre): _____/_____,

• Euro (in lettere):

_____/_____;

4. Personale collaboratore scolastico **(max. 42,40)**

• Euro (in cifre): _____/_____,

• Euro (in lettere):

_____/_____.

Data, ____/____/_____

FIRMA

*Allegare fotocopia di un documento
di riconoscimento in corso di validità*