

ALLEGATO N.1 - Bando di gara per l'affidamento dell'incarico di medico competente per l'esercizio di sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs 81/2008 – C.I.G. **Z45334BE80**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE PER L'ESERCIZIO DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA PREVISTO DAL D.LGS. 81/2008 – BANDO DI GARA CIG Z45334BE80

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

e residente in _____ prov. _____ via _____

cap _____ indirizzo di posta elettronica _____

Codice fiscale n. _____ in nome o per conto della

Ditta/società/studio medico _____

Sita/o in via _____

In possesso dei requisiti previsti dal presente Bando,

CHIEDE

Di essere ammesso/a alla procedura di selezione di cui al Bando Prot. _____ in qualità di Medico Competente del Lavoro del Dirigente scolastico dell'Istituto d'Istruzione Superiore "Nelson Mandela" di Castelnovo ne' Monti.

Luogo e data _____

Timbro e Firma

A tal fine allega:

- Documento d'identità
- Dichiarazione sostitutiva (Allegato 2)

ALLEGATO n.2 – Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000 - Bando di gara per l’affidamento dell’incarico di medico competente per l’esercizio di sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs81/2008 – C.I.G. Z45334BE80

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

e residente in _____ prov. _____ via _____

cap _____ indirizzo di posta elettronica _____

Tel. N. _____ Fax n. _____

Codice fiscale n. _____, partita IVA n. _____

consapevole, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000 delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi o non più corrispondenti a verità,

DICHIARA

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

e delle seguenti specializzazioni:

di essere iscritto all’Albo dell’Ordine dei Medici di _____

al n. _____

di esercitare la professione di Docente in Medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica, tossicologia e igiene industriale come anche in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro (indicare materia) _____

presso _____

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 _____

di possedere apposita autorizzazione all’accettazione dell’impiego (barrare solo se interessa);

di Non essere stato destituito o dispensato dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione;

di Non essere stato interdetto dai Pubblici Uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;

di Non essere stato inibito per Legge o per provvedimento disciplinare all’esercizio della libera professione;

di rilasciare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 per gli adempimenti di legge, ivi compresi quelli derivanti dagli obblighi di pubblicità legale del presente Bando;

Di essere in regola con i versamenti contributivi obbligatori INPS e INAIL, da dimostrare, in caso di aggiudicazione, ai sensi di legge, con la produzione del documento unico di regolarità contributiva (DURC) in corso di validità (richiedibile in forma autonoma anche dalla stessa stazione appaltante);

di astenersi nel modo più ampio dal richiedere indennizzi, rimborsi o compensi di sorta in merito ai costi sostenuti per la produzione della documentazione richiesta nella presente procedura di gara.

di non trovarsi in alcuna condizione di esclusione di cui all'art. 38 primo comma lettera a),b),c),d) del D.Lgs 163/2006;

di accettare senza alcuna riserva tutte le clausole del presente Bando di gara;

ALLEGA

Curriculum vitae in formato europeo attestante il possesso dei requisiti e delle esperienze lavorative.

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. Tutti i titoli devono essere autocertificati ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000.

Luogo e data _____

Timbro e Firma _____

Allegato n. 3 – Presentazione dell’Offerta tecnico-economica

PRESTAZIONE	PUNTEGGIO	OFFERTA (cifra espressa in lettere e numeri)
1) Indicazione del costo dell’incarico annuale di medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica, n.1 sopralluogo annuo, consulenze telefoniche e scritte	Max 20 punti. Il punteggio sarà assegnato secondo la seguente formula: offerta più bassa x 20/ singola offerta Le offerte saranno giudicate nel loro importo complessivo.	€
2) costo visite mediche periodiche (da effettuare presso questo Istituto), comprensivo della trasferta.	Max. 20 punti Il punteggio sarà assegnato secondo la seguente formula: offerta più bassa x 20/ singola offerta Le offerte saranno giudicate nel loro importo complessivo.	€
3) costo singole visite mediche precedenti alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute (> 60 giorni continuativi), richieste dall’INAIL o dal Datore di lavoro ai sensi D.Lgs. 106/09.	Max 20 punti Il punteggio sarà assegnato secondo la seguente formula: offerta più bassa x 20/ singola offerta Le offerte saranno giudicate nel loro importo complessivo	€
4) costo singoli esami diagnostici previsti dalla normativa vigente (spirometrie/ test visivi ecc);	Max 10 punti Il punteggio sarà assegnato secondo la seguente formula: offerta più bassa x 10/ singola offerta Le offerte saranno giudicate nel loro importo complessivo	€
5) costo singolo sopralluogo degli ambienti di lavoro, eventualmente richiesto oltre al primo.	Max 10 punti Il punteggio sarà assegnato secondo la seguente formula: offerta più bassa x 10/ singola offerta Le offerte saranno giudicate nel loro importo complessivo	€
ESPERIENZE LAVORATIVE		
Esperienze di medico competente in Istituti scolastici	Punti 3 per ogni incarico annuale effettuato o per frazioni di anno superiore a sei mesi alla data di presentazione dell’offerta Fino a un max di punti 12	N. incarichi _____ (allegare autocertificazione con indicazione degli incarichi) 1)..... 2)..... 3)..... . . . 4).....
Esperienze di medico competente in enti pubblici e/o privati	Punti 2 per ogni incarico annuale effettuato o per frazioni di anno superiore a sei mesi alla data di presentazione dell’offerta fino a un max di punti 8	N. incarichi _____ (allegare autocertificazione con indicazione degli incarichi) 1)..... 2)..... 3)..... 4).....
TOTALE punti		

Allegato n. 4 - Modello di tracciabilità dei flussi

**OGGETTO: Comunicazione di attivazione di conto corrente dedicato per appalto/commesse pubbliche
Impresa/Azienda _____
ai sensi dell'art.3 comma 7 della Legge 136/2010. (allegare al presente copia fronte/ retro documento di
Identità)**

Al fine di poter assolvere agli obblighi relativi alla tracciabilità dei movimenti finanziari previsti dall'art. 3 della Legge 136/2010 relativa ai pagamenti e disposizioni alle varie fasi di esecuzione dell'appalto

si comunicano

ai sensi del comma 7 dello stesso art.3 della Legge 136/2010, l'attivazione del conto corrente dedicato alla gestione dei movimenti finanziari relativi all'appalto a far data dal _____ i dati identificativi del conto corrente sono:

Banca (denominazione completa) _____

Agenzia/Filiale _____

Poste Italiane S.p.A _____