

ALLEGATO MODELLO A1 - Domanda di partecipazione e Dichiarazioni rese dal concorrente
[Compilato, datato e sottoscritto, dovrà essere presentato insieme all'altra documentazione richiesta].

Spett.le I. I. S. Polo Tecnico di Adria
Via Dante, 17
45011 - Adria (RO)

Oggetto: Richiesta partecipazione per affidamento dell'incarico di "Medico competente" (di cui al D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.) dell'I.I.S. Polo Tecnico di Adria, di durata biennale (dal 01/09/2025 al 31/08/2027).

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____, residente a _____ in via _____ n. _____
Codice fiscale _____ Partita IVA _____ iscritto all'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____ con il n. _____,
tel. _____ e-mail _____ P.E.C _____,

CHIEDE

di partecipare alla procedura per l'affidamento dell'incarico di "Medico competente" (di cui al D. Lgs. 81/2008 e s.m.i.) dell'Istituto Istruzione Superiore "Polo Tecnico di Adria", di durata biennale (dal 01/09/2025 al 31/08/2027);

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

- di essere in possesso delle capacità e dei requisiti professionali (titoli di studio, attestati di frequenza con verifica di apprendimento a specifici corsi di formazione, frequenza corsi di aggiornamento, ecc.) previsti dalla normativa vigente per poter assumere l'incarico di "Medico competente" dell'Istituto;
- di essere iscritto all'Elenco Nazionale dei medici competenti, di cui all'articolo 38, comma 4, del decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81 e s.m.i.;
- di essere in possesso della cittadinanza Italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- l'inesistenza, a carico del dichiarante, delle cause di esclusione di cui alla L. 190/2012;
- di fornire, in caso di affidamento dell'incarico, l'autorizzazione rilasciata dall'Amministrazione di appartenenza, se dipendente pubblico;
- ove previsto, di essere in regola con tutti gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori (INPS, INAIL), secondo la normativa vigente (possesso di DURC regolare);
- l'assenza di condanne penali che escludano dall'elettorato attivo e che comportino l'interdizione dai pubblici uffici o l'incapacità di trattare con la pubblica amministrazione;
- di accettare, senza riserve e/o eccezioni, tutte le condizioni, criteri, esclusioni, cause risolutive e altre disposizioni riportate nella lettera di invito;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
- ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 136/2010, è in possesso di conto corrente dedicato alla commessa pubblica, di cui si riportano gli estremi identificativi, con le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di esso:
conto corrente: _____
presso: _____
- di accettare integralmente tutte le condizioni e di svolgere tutte le prestazioni previste e di seguito elencate, ivi compresi i servizi di sorveglianza sanitaria volti anche a supportare le Istituzioni scolastiche

nella gestione dell'emergenza epidemiologica e a garantire la salvaguardia e la tutela della salute del personale dipendente di questo Istituto, al **compenso indicato**;

- di garantire lo svolgimento di tutte le prestazioni previste personalmente, salvo casi eccezionali (ad esempio malattia, ecc.)
- di garantire la disponibilità ad effettuare le visite mediche collettive presso l'Istituto;
- di garantire la disponibilità di un ambulatorio/sede operativa nel raggio di km. 40 dall'Istituto, per le eventuali visite individuali che potranno essere richieste da parte dell'Istituto, ubicato al seguente indirizzo:

via _____, n. _____, c.a.p. _____, località/città _____, prov. _____;

compilare i campi soprastanti

- di garantire la reperibilità telefonica durati gli orari di apertura dell'Istituto (salvo casi eccezionali);
- di NON avere parenti e/o affini fino al 4° grado sia tra il personale (docente e ATA) che fra gli studenti iscritti all'Istituto;
- che NON siano insorte contestazioni sulla esecuzione di eventuali contratti stipulati in precedenza con l'Istituto;

Prestazioni previste:

| DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE | IMPORTO PREVISTO OGNI ONERE INCLUSO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Visite mediche (accertamenti sanitari preventivi e/o periodici) - art. 41 D. Lgs. 81/08. Definizione dei giudizi di idoneità alla mansione assegnata - art. 41 comma 6, D. Lgs. 81/08. Istituzione e/o aggiornamento di una cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore soggetto a sorveglianza sanitaria - art. 25 comma 1 lettera d), D. Lgs. 81/08. | € 25,00 / lavoratore Lavoratori previsti n. 30 |
| Valutazione clinica rachide/arti superiori. | € 5,00 / lavoratore Lavoratori previsti n. 30 |
| Visiotest (esame vista) /Spirometria/Audiometria secondo i rischi professionali. | € 15,00 / lavoratore Lavoratori previsti n. 30 |
| Relazione sanitaria (comunicazione risultati anonimi e collettivi accertamenti sanitari) - art. 25 comma 1 lettera i D. Lgs. 81/08. | € 50,00 all'anno |
| Relazione di sopralluogo con protocollo sanitario (controllo sicurezza e salubrità ambienti di lavoro) - art. 25 comma 1 lettera l D. Lgs. 81/08. | € 50,00 all'anno |
| Riunione periodica annuale - art. 35 D. Lgs. 81/08. | € 50,00 per n. 2 ore |
| N.B. <u>Le prestazioni verranno remunerate in base alle reali prestazioni svolte, in relazione all'effettivo numero di lavoratori sottoposti alle visite mediche.</u> | |

Data, _____

Si allega fotocopia di un valido documento di identità del legale rappresentante dichiarante.

Firma del dichiarante

Nota Bene: Si invita a produrre il presente allegato senza correzioni o cancellazioni.

Si ricorda inoltre che la mancata sottoscrizione della presente "Dichiarazione dei servizi prestati" comporterà l'esclusione dalla procedura.