

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo  
di Pozzuolo del Friuli

I sottoscritt  
\_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

Cod. fiscale \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare alla procedura di selezione prot. n. \_\_\_\_\_ del per incarico di esperto  
medico competente.

A tal proposito, consapevole delle sanzioni amministrative e pecuniarie previste dal DPR 445/2000 in materia di  
dichiarazioni mendaci

DICHIARA

(Barrare la/e voci che riguardano la/e dichiarazione/i da produrre)

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_
- di essere residente a \_\_\_\_\_
- di essere cittadino (indicare \_\_\_\_\_  
nazionalità)

- di godere dei diritti civili e politici
  - di essere iscritto nell'albo \_\_\_\_\_  
o elenco tenuto da \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_
- di appartenere all'ordine professionale \_\_\_\_\_  
o titolo di studio posseduto rilasciato dalla scuola/università di \_\_\_\_\_
- qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica \_\_\_\_\_
- possesso e numero del codice \_\_\_\_\_  
fiscale partita IVA e qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria \_\_\_\_\_
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- di essere/non essere dipendente della seguente Pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_; pertanto si impegna a chiedere l'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico di medico competente alla propria Amministrazione;
- di essere in regola con i versamenti dei contributi previdenziali ed assistenziali (nel caso di lavoratore autonomo o impresa);
- copertura assicurativa dei rischi derivanti dall'espletamento dell'incarico (indicare compagnia assicurativa e numero polizza)  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto, nell'autocertificare la veridicità delle informazioni fornite consente il trattamento dei propri dati, anche personali ai sensi del D.Lvo 30/06/2003 n. 196 per le esigenze e le finalità dell'incarico di cui alla presente domanda.

- Si allega curriculum vitae: (NEL QUALE SI INDICHI GLI INCARICHI ANNUALI RICEVUTI DALLE SCUOLE)

Data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo  
di Pozzuolo del Friuli

Il sottoscritto in \_\_\_\_\_ relazione alla propria  
disponibilità a svolgere l'incarico di Medico Competente di cui alla lettera di offerta prot. n. \_\_\_\_\_ del

\_\_\_\_\_

PROPONE LA SEGUENTE OFFERTA ECONOMICA

(Si deve specificare il compenso annuale per lo svolgimento dell'incarico con particolare riferimento alle attività di sopralluogo sul posto di lavoro e partecipazione alle riunioni periodiche e consulenze varie previste per legge. Inoltre si chiede di indicare l'importo richiesto per ciascuna visita medica di idoneità al lavoro e per visio-test.)

ATTIVITA' SVOLTA	COMPENSO RICHIESTO
Compenso annuale svolgimento incarico	
Compenso per ogni Visita medica	
Compenso per ogni Visio-test	

Si prega di specificare eventuali ulteriori prestazioni comprese nell'offerta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data

\_\_\_\_\_ firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI D.P.R. 445/2000 E DELLA LEGGE 136 DEL 13 AGOSTO 2010 SULLA "TRACCIABILITA' FLUSSI FINANZIARI"
---

Il sottoscritto,

COGNOME E NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENZA	
CODICE FISCALE	

Relativamente all'incarico affidatogli con il contratto n ° prot. n. del consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e al fine di assolvere gli obblighi sulla tracciabilità dei movimenti finanziari previsti dall'art. 3 della legge n. 136 del 2010

DICHIARA

Di avvalersi, per l'intervento suddetto, del seguente conto corrente bancario dedicato, anche se non in via esclusiva e che i pagamenti disposti dall'Istituto Comprensivo di Pozzuolo del Friuli relativi ai rapporti contrattuali in essere e futuri, dovranno essere effettuati sul seguente conto corrente bancario dedicato, anche se in via non esclusiva:

ISTITUTO	
AGENZIA	
IBAN	
INTESTATARIO DEL CONTO: RAGIONE SOCIALE	
SEDE LEGALE	
P.IVA/COD, FISCALE	

che la/e persona/e che può/possono operare su di esso con firme congiunte/disgiunte sono:

COGNOME E NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENZA	
CODICE FISCALE	
COGNOME E NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENZA	

CODICE FISCALE	
----------------	--

CHIEDE

che tutti i pagamenti riguardanti il suddetto incarico siano effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario appoggiato sul conto sopra indicato;

**SI IMPEGNA**

qualora nel prosieguo del rapporto contrattuale si dovessero registrare modifiche rispetto ai dati di cui sopra a darne comunicazione a questo Istituto Comprensivo di Pozzuolo del Friuli entro 7 giorni;

**AUTORIZZA**

infine, il trattamento e l'utilizzo dei dati ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 2003.

Luogo e data    Firma legale rappresentante

Allegato: fotocopia del documento di identità in corso di validità del dichiarante. \_\_\_\_\_

COMUNICAZIONE DATI

Il sottoscritto,

COGNOME E NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENZA	
CODICE FISCALE	

titolare/representante legale della Ditta.....comunica i seguenti dati:

INTESTAZIONE DITTA: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO:

a. Sede legale \_\_\_\_\_

b. Sede operativa l'indirizzo attività \_\_\_\_\_

PARTITA IVA: \_\_\_\_\_

COD. FISCALE: \_\_\_\_\_

RECAPITI TELEFONICI: \_\_\_\_\_

E-MAIL:

E-MAIL PEC:

\_\_\_\_\_

TIPO DITTA:

- a. Datore di Lavoro
- b. Gestione Separata — committente/Associante
- c. Lavoratore Autonomo
- d. Gestione Separata — titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione

RECAPITO CORRISPONDENZA: a) sede legale                      b) sede operativa

CCNL APPLICATO \_\_\_\_\_

SETTORE ECONOMICO: \_\_\_\_\_

DIMENSIONE AZIENDALE (n° dipendenti) \_\_\_\_\_

N ° PAT INAIL E SEDE COMPETENTE \_\_\_\_\_

N ° POSIZIONE ASSICURATIVA INPS E SEDE COMPETENTE \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione e autorizza il trattamento e l'utilizzo dei dati ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 2003.

data

firma legale rappresentante \_\_\_\_\_

Allegato: fotocopia del documento di identità in corso di validità del dichiarante.