

Allegato 1 — Documentazione amministrativa e autocertificazione.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo
"Don Pierluigi di Piazza" 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. _____ 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.

Allegato 2 — Dichiarazione Offerta Economica

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo
"Don Pierluigi di Piazza" 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

Allegato 3 — Dichiarazione tracciabilità flussi.

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;

SIMPEGNA

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.

Allegato 4 — Acquisizione dati per richiesta DURC.

COMUNICAZIONE DATI

Il sottoscritto,

COGNOME E NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
RESIDENZA	
CODICE FISCALE	

titolare/rappresentante 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.