

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di: **(barrare la voce che interessa)**

- libero professionista
- titolare di (in caso di persona giuridica):
- legale rappresentante (in caso di studi associati, poliambulatori privati, etc..) della Ditta:

Ragione Sociale dell'Impresa/Studio \_\_\_\_\_

Natura giuridica dell'Impresa/Studio \_\_\_\_\_

Sede Legale dell'Impres/Studio \_\_\_\_\_

chiede di essere ammesso\_\_ a partecipare alla selezione pubblica per il conferimento di un incarico professionale per lo svolgimento dell'attività di "medico competente" dell'Istituto Tecnico Commerciale Statale "G.P. Chironi" di NUoro, ai sensi del D.lgs. 81/2008 e ss.mm.ii.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali derivanti da attestazioni false e dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.

- **DICHIARA**

(solo in caso in caso di persona giuridica):

- che, in caso di aggiudicazione, l'incarico di medico competente sarà svolto da

\_\_\_\_\_

- che il suddetto medico è in possesso di tutti i requisiti individuali e professionali necessari e che alla sua persona si riferiscono le attestazioni di cui ai successivi punti n.3, 4, 5, 6, 11, 12;

- **DICHIARA**

1) di essere nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

2) di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

3) di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_  
conseguita il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

4) di essere iscritto all'Ordine dei medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

- 5) di essere in possesso di uno dei seguenti titoli o requisiti previsti dall'art. 38 del D.Lgs. 81/2008:
- specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;
  - autorizzazione di cui all'art. 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277;
  - specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale alle condizioni ulteriormente specificate al comma 2 del medesimo art. 38;
- 6) di essere iscritto nell'elenco dei medici competenti tenuto presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 38, comma 4, D,Lgs. 81/2008;
- 7) di essere cittadino italiano o del seguente Stato membro dell'Unione Europea:  
\_\_\_\_\_;
- 8) di godere dei diritti civili e politici;
- 9) 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;
- 10) di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- 11) di non essere inibito per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della libera professione;
- 12) di non trovarsi nella condizione di cui all'art.39, comma 3, D.Lgs.81/2008;
- 13) di non trovarsi in alcuna situazione che abbia determinato l'esclusione o l'incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione;
- 14) di non trovarsi in situazione di conflitto di interessi con l'Amministrazione;
- 15) di disporre di una struttura sanitaria dotata di adeguata attrezzatura e strumentazione sita nel Comune di Nuoro;
- 16) di aver preso esatta cognizione della natura e dell'entità dell'affidamento e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla sua esecuzione;
- 17) di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo all'affidamento del servizio di cui trattasi e di accettare senza eccezioni, condizioni o riserve alcuna, tutto quanto in esso previsto e stabilito;
- 18) di presentare la seguente documentazione:
- curriculum vitae e professionale datato e firmato;
  - offerta economica datata e firmata (da inserire nella busta n. 2);
  - informativa privacy sottoscritta per presa visione (riportata in calce alla presente domanda.

Il/La sottoscritt\_\_\_ comunica inoltre i seguenti dati:

- telefono \_\_\_\_\_
- fax \_\_\_\_\_
- posta elettronica \_\_\_\_\_
- codice fiscale \_\_\_\_\_
- partita IVA \_\_\_\_\_

**Dichiaro che i dati sopra riportati e quelli contenuti nei documenti allegati rispondono a verità e di essere consapevole che l'Istituto Tecnico Commerciale**

**Statale "G.P. Chironi" di Nuoro potrà effettuare tutte le verifiche necessarie ad accertare la veridicità di quanto dichiarato.**

**Dichiaro inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi.**

Luogo e data. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

**Dichiaro, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, di esprimere il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali comunicati, con particolare riguardo a quelli definiti "sensibili (art. 4 comma 1 lettera d) del D.Lgs n. 196/03 pe le finalità e la durata necessaria per gli adempimenti connessi alla prestazione lavorativa richiesta.**

**NB: Si allega copia del seguente documento di identità in corso di validità:**

\_\_\_\_\_

Luogo e data. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

**ESPERIENZE PROFESSIONALI**  
maturate in qualità di medico competente  
(schema esemplificativo)

**COGNOME E NOME** \_\_\_\_\_

**Esperienza di medico competente in istituti scolastici  
(indicare le più recenti)**

- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Scuola \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Scuola \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Scuola \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Scuola \_\_\_\_\_

**Esperienza di medico competente in altri enti pubblici e/o privati  
(indicare le più recenti)**

**Esperienza di medico competente in istituti scolastici**

- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Ente/Privato \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Ente/Privato \_\_\_\_\_

Luogo e data. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

**OFFERTA ECONOMIA**  
*(schema esemplificativo)*

**COGNOME E NOME** \_\_\_\_\_

<b>PRESTAZIONE</b>	<b>IMPORTO RICHIESTO</b>
Incarico biennale comprensivo di relazione annuale, partecipazione periodica e consulenze varie (indicare importo complessivo biennale)	
Importo richiesto per visita medica dipendente (se trattasi di importi diversi a seconda del profilo professionale indicare importo medio)	
Importo richiesto per visita medica studente/essa o eventualmente costo forfettario per la certificazione d'idoneità alla mansione per gli studenti che svolgono i percorsi di alternanza scuola lavoro (400 ore per studente), considerando che le mansioni potrebbero essere differenti (circa 120 / 150 studenti)	

Luogo e data. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)