

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI MEDICO COMPETENTE DI CUI AL D.LGS.81/2008.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA REDATTA AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000, N. 445 DATI ANAGRAFICI.

Il/La sottoscritto/a _____
codice fiscale n. _____
nato/a a _____ Prov. (_____) il _____
Residente nel Comune di _____ Prov. (_____)
Via _____ n. civico _____
CAP _____
Tel. _____ Cell. _____ C.F. _____

Recapito per tutte le comunicazioni (da indicare solo se diverso dalla residenza) _____

Indirizzo e- mail _____

Indirizzo p.e.c. _____

CHIEDE

di partecipare alla procedura comparativa per il conferimento dell'incarico per lo svolgimento dell'attività di "Medico competente" di cui all'oggetto;

Dichiara sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell' art. 48 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- di essere cittadino _____;
- di essere in possesso della laurea in _____

conseguita presso _____ in data _____;

- di godere dei diritti civili e politici;
- di possedere almeno uno dei titoli o requisiti previsti dall'art. 38, commi 1 e 2, del D.lgs. 81/2008;
- di essere in regola con la partecipazione al programma di educazione continua in medicina, ai sensi del D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 e con i relativi crediti previsti dal programma triennale successivo all'entrata in vigore del D.Lgs. 81/2008;

- 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 nel casellario giudiziale;
- di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non essere inibito per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della libera professione;
- di non trovarsi nella condizione di cui all'art. 39, comma 3, del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 (dipendente di una struttura pubblica assegnato agli uffici che svolgono attività di vigilanza);

- di non trovarsi, nei confronti dell'amministrazione comunale di Novi Ligure, in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi propri, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini, di affini entro il secondo grado;
- che quanto dichiarato nel curriculum vitae corrisponde al vero;
- di impegnarsi ad effettuare le visite mediche presso i propri locali adibiti ad ambulatorio e di utilizzare il proprio software per la gestione della sorveglianza sanitaria;
- di essere in possesso di tutta l'attrezzatura informatica, medica e tecnica necessaria per l'espletamento dell'incarico;
- di aver tenuto conto, in sede di presentazione dell'offerta, degli obblighi in materia di sicurezza, di condizioni di lavoro, di previdenza e di assistenza a favore dei lavoratori dipendenti, in vigore nel luogo dove deve essere prestato l'incarico.

Il/La sottoscritto/a chiede, inoltre, che qualsiasi comunicazione relativa alla presente selezione avvenga tramite indirizzo e-mail o p.e.c. al seguente indirizzo: _____
e si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati sopra riportati.

Si allega alla presente:

- curriculum professionale datato e firmato;
- elenco titoli di studio, corsi di formazione ed esperienze professionali
- relazione di accompagnamento ed illustrazione dello curriculum stesso;
- documento di riconoscimento in corso di validità

(data)

(firma)

CURRICULUM PROFESSIONALE

(schema esemplificativo da seguire per redigere il curriculum vitae del medico competente)

NOME E COGNOME

DATI ANAGRAFICI

TITOLO DI STUDIO E PROFESSIONALE

(elencare dal più recente al più remoto)

Tipologia titolo di studio	Anno di conseguimento	Università	Altre informazioni (es. titolo tesi)

CORSI DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO DELL'ULTIMO TRIENNIO

Titolo/Oggetto del Corso	Ditta/Ente organizzatore	N. crediti formativi ECM	N. giornate di partecipazione

INCARICHI PROFESSIONALI SVOLTI NEGLI ULTIMI 10 ANNI

(elencare dal più recente al più remoto)

Denominazione	Numero dipendenti	Periodo di svolgimento dal al

PUBBLICAZIONI DELL'ULTIMO TRIENNIO*(elencare dalla più recente alla più remota)*

Titolo Pubblicazione	Argomento	Luogo di pubblicazione	Altre informazioni

DOCENZE*(elencare dalla più recente alla più remota)*

Argomento	Durata / Periodo di svolgimento (dal al)	Ente per il quale la docenza è stata realizzata

Data

Firma

Schema di presentazione dell'offerta economica

ELENCO PRESTAZIONI	NUMERO annuo PRESUNTO	COSTO BASE UNITARIO in Euro	PRODOTTO (quantità per prezzo)	COSTO OFFERTO UNITARIO in Euro	PRODOTTO OFFERTO (quantità per prezzo)
PRIMA VISITA MEDICA (con apertura cartella sanitaria, registrazione informatizzata e relativi adempimenti)	6	40,00	240,00		
VISITA MEDICA PERIODICA	60	38,00	2.280,00		
Test funzionale visivo VISIOTEST	60	25,00	1.500,00		
ESAME SPIROMETRICO	40	24,00	960,00		
ESAME AUDIOMETRICO	40	24,00	960,00		
Partecipazione a riunioni e sopralluoghi o consulenza, con redazione relativi atti)	1	70,00	70,00		
Questionario CAGE	10	16,00	160,00		
Test accertamento assenza tossicodipendenza	4	30,00	120,00		
Esame rachide ed arti superiori (obbligatorio per MMC)	28	15,00	420,00		
Esami ematologici	20	30,00	600,00		
TOTALE			7.310,00		
% RIBASSO COMPLESSIVO SULL'IMPORTO A BASE D'ASTA (Euro 7.310,00) in cifre					
in lettere					

Data

Firma