

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI
"MEDICO COMPETENTE" DELLA SOCIETA' IN HOUSE "PORTANOVA S.P.A."**

Importo del servizio posto a base dell'offerta Euro 1.900,00 più oneri ed Iva

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ Prov. _____
residente in Vi/Piazza _____ CAP. _____
Comune _____ Loc. _____ Prov. _____
Codice Fiscale _____ Partita iva _____

FORMULA

La seguente offerta: ribasso economico.....% (in lettere.....%).

A tale scopo, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci previste dall'art. 496 del Codice Penale e dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato in base alla dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

- a) di avere cittadinanza _____ ;
- b) di godere dei diritti civili e politici;
- c) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia e dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo;
- d) di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici di _____ ;
- e) di essere in possesso del seguente titolo abilitante allo svolgimento delle funzioni di "medico competente" ai sensi dell'art. 38 comma 1 del D. Lgs. 9/4/2008, n. 81 e successive modificazioni:
_____ :
- f) di essere iscritto nell'elenco nazionale dei medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art.38, comma 4, d.lgs. 81/2008 e ss.mm.ii.;
- g) di non trovarsi in alcuna delle situazioni che determinano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione;

- h) di non trovarsi nella condizione di cui all'art. 39, comma 3 del D. Lgs. 9/4/2008, n. 81 e successive modificazioni (dipendenti di una struttura pubblica assegnati agli uffici che svolgono attività di vigilanza);
- i) di non essere stato dichiarato/a decaduto dall'impiego per aver dolosamente conseguito la nomina mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- j) di non essere stato interdetto/a dai pubblici uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;
- k) di non aver riportato una condanna penale passata in giudicato o non essere destinatario di provvedimenti riguardanti l'applicazione di misure di prevenzione, decisioni civili e di provvedimenti amministrativi definitivi iscritti nel casellario giudiziario;
- l) di non avere procedimenti penali in corso, per quanto a conoscenza dell'interessato/a, relativi a situazioni collegate a errori o inadempienze gravi nell'ambito dell'attività oggetto del presente avviso pubblico, dai quali possa conseguire l'interdizione all'esercizio dell'attività stessa;
- m) di non trovarsi in una situazione, anche potenziale, di incompatibilità circa l'esecuzione dell'attività oggetto del presente avviso, ai sensi dell'art. 53, comma 7, d.lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.;
- n) di non avere subito, da parte di una pubblica Amministrazione, risoluzione di contratto per inadempimento negli ultimi 5 (cinque) anni;
- o) di non avere contenziosi civili e/o amministrativi pendenti nei confronti della società in house Portanova S.p.a. e del Consiglio Regionale della Calabria;
- p) di non essere inibiti per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della libera professione;
- q) di non avere commesso gravi infrazioni, debitamente accertate, delle norme di sicurezza sui luoghi di lavoro;
- r) di essere in possesso di esperienza professionale, desumibile dal curriculum vitae consistente nello svolgere l'incarico di medico competente da almeno tre anni;
- s) di essere in possesso di esperienza professionale, desumibile dal curriculum vitae, consistente nell'aver svolto almeno un incarico di medico competente presso strutture aventi un numero di dipendenti superiore alle 25 unità;
- t) idonea assicurazione professionale.

ALLEGA

- 1) copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità;
- 2) curriculum vitae in formato europeo redatto ai sensi del D.P.R. n.445/2000 e firmato in ogni sua pagina.

CHIEDE

che tutte le comunicazioni inerenti alla presente procedura siano inviate al seguente recapito:

Via/Piazza _____ CAP _____
Comune _____ Loc. _____ Prov. _____
Tel. _____ cell. _____
Fax _____ email _____
PEC _____

**DICHIARA
INFINE**

- di aver letto l'avviso relativo all'incarico professionale e di accertarne integralmente il contenuto;
- di aver preso visione che l'eventuale conferimento dell'incarico di "medico competente" è subordinato alla stipula del relativo contratto e decorre dalla data di sottoscrizione del contratto stesso;
- di essere a conoscenza che nei confronti della Società non potrà essere addotta alcuna pretesa in relazione alla partecipazione all'avviso, anche nel caso di annullamento, revoca o mancata conclusione della presente procedura.;
- di prestare il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali nei termini e con le finalità indicate, ai sensi degli artt. 23 e 24 del D. Lgs. 30/6/2003, n. 196 e successive modificazioni.

Data _____

Firma _____