

ALLEGATO 2

SCHEMA DEI CORRISPETTIVI / ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI ECONOMICHE

Servizio di medico competente e sorveglianza sanitaria ex D.Lgs. 81/2008

Casa di Reclusione di Castelfranco Emilia

Il/La sottoscritto/a _____, in relazione all'avviso esplorativo per l'affidamento del servizio di medico competente e sorveglianza sanitaria presso la Casa di Reclusione di Castelfranco Emilia, dichiara di accettare i seguenti corrispettivi unitari.

Prestazione	Corrispettivo unitario	Note
Visita medica ai lavoratori	€ 27,00 per visita	Prestazioni rese ai lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria, secondo programmazione concordata con la Direzione/RSPP.
Visita agli ambienti di lavoro	€ 25,82 orari	Accessi e sopralluoghi presso gli ambienti di lavoro, secondo le esigenze dell'Istituto e la normativa vigente.
Esame audiometrico	€ 20,00 per esame	Se richiesto dal protocollo sanitario in relazione ai rischi specifici.
Esame spirometrico	€ 20,00 per esame	Se richiesto dal protocollo sanitario in relazione ai rischi specifici.
Esame visiometrico	€ 20,00 per esame	Se richiesto dal protocollo sanitario in relazione ai rischi specifici.
Indennità di accesso in Istituto	€ 15,00 per ogni ingresso	Compenso aggiuntivo fisso per ogni ingresso effettivamente effettuato presso l'Istituto.

I corrispettivi sopra indicati si intendono unitari e liquidabili sulla base delle prestazioni effettivamente rese e regolarmente documentate. Eventuali oneri fiscali, previdenziali o IVA saranno applicati solo se dovuti in base al regime fiscale/previdenziale del professionista/operatore economico.

Le richieste di liquidazione dovranno riportare almeno: nominativo del lavoratore visitato, data di effettuazione, tipologia di prestazione eseguita, eventuali esami effettuati, accessi/sopralluoghi svolti e ogni altra informazione necessaria alla verifica della regolare esecuzione.

Il pagamento avverrà nei termini previsti dalla convenzione/contratto e previa verifica della regolare esecuzione delle prestazioni e della disponibilità dei fondi.

Luogo e data _____

Firma _____