

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

Alla DIREZIONE
UIEPE per la Puglia e la Basilicata

Oggetto: Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico per l'affidamento dell'incarico di Medico Competente ai sensi del D. lgs. n. 81/2008 per l'Ufficio Locale di Esecuzione Penale Esterna di Foggia.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. _____ il _____, Codice Fiscale _____,
residente in _____ via/piazza _____, domicilio
professionale _____ tel. _____
cell. _____, peo _____
pec _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per l'attribuzione dell'incarico di Medico Competente di cui all'Avviso in oggetto.

A tal fine

DICHIARA

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (Art. 76 DPR 445/2000), ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico relativo alla presente selezione e di essere a conoscenza di tutte le prescrizioni e condizioni ivi previste;
- di essere cittadino _____;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguita il _____ presso _____ con la votazione di _____ e di abilitazione all'esercizio professionale conseguita il _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei medici e chirurghi della provincia di _____ al n. _____ in data _____;
- di essere iscritto nell'elenco dei "Medici Competenti" del Ministero della Salute;
- di aver partecipato al programma triennale di educazione continua in medicina (ECM) nel triennio _____ (obbligo formativo di cui all'art. 38 comma 3 D.Lgs. 81/2008) e di aver conseguito i seguenti crediti (specificare):
 - corso di aggiornamento (ECM) in _____ conseguito in _____ data _____ presso _____ crediti _____
 - corso di aggiornamento (ECM) in _____ conseguito in _____ data _____ presso _____ crediti _____
 - corso di aggiornamento (ECM) in _____ conseguito in _____ data _____ presso _____ crediti _____

- di non trovarsi in alcuna situazione di inibizione per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della professione;
 - di non trovarsi in alcuna condizione di incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione;
 - di possedere i titoli alla data di pubblicazione del presente avviso e di aver maturato le esperienze professionali risultanti dall'allegato curriculum vitae professionale;
 - di impegnarsi, in caso di aggiudicazione, a trasmettere la dichiarazione di cui alla legge n. 136/2010 sulla tracciabilità dei flussi finanziari;
 - di essere registrato alla piattaforma ACQUISTIINRETE ed abilitato al MePA – Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione per la categoria merceologica "Servizi di sorveglianza sanitaria"
- oppure
- di impegnarsi, in caso di aggiudicazione, a registrarsi alla piattaforma ACQUISTIINRETE e ad abilitarsi al MePA – Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione per la categoria merceologica "Servizi di sorveglianza sanitaria";
 - di essere disponibile ad effettuare le visite mediche presso la sede dell'Ufficio Locale di Foggia e/o di possedere una sede nel Comune di Foggia idonea all'effettuazione delle attività sanitarie ubicato in via _____.

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del Regolamento europeo Privacy 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/03, autorizza l'Amministrazione al trattamento dei dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito della procedura per la quale sono rilasciati e per i fini istituzionali.

Data _____

Firma _____

Allega alla presente:

- ◆ curriculum vitae in formato europeo, datato e sottoscritto;
- ◆ copia del documento di identità, in corso di validità, datato e sottoscritto;
- ◆ dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità;
- ◆ offerta economica.

Data _____

Firma _____

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E
INCOMPATIBILITÀ DI CUI ALL'ART.20 DEL D.LGS. 39/2013**

**Alla DIREZIONE
UIEPE per la Puglia e la Basilicata**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

prov. _____ il _____, Cod.Fisc _____, residente in

_____ via/piazza _____, in relazione all'incarico di

Medico Competente di cui all'Avviso pubblico per l'affidamento dell'incarico di Medico Competente ai sensi del D. lgs. n. 81/2008 per l'Ufficio Locale di Esecuzione Penale Esterna di Foggia, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

L'insussistenza nei propri confronti delle cause di incompatibilità e inconferibilità, a svolgere l'incarico indicato, previste dal D.lgs. 39/2013 recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e gli enti privati di controllo pubblico, a norma dell'art. 1, c.49 e 50 della L.190/2012".

Data _____

Firma _____

Si allega documento di identità in corso di validità.

OFFERTA ECONOMICA

**Alla DIREZIONE
UIEPE per la Puglia e la Basilicata**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. _____ il _____, Codice Fiscale _____,
in qualità di titolare/Legale rappresentante della ditta/società _____
con sede legale in _____ alla via/piazza _____, codice
fiscale _____ P. Iva _____

in relazione all'incarico di Medico Competente di cui all'Avviso pubblico per l'affidamento dell'incarico di Medico Competente ai sensi del D. lgs. n. 81/2008 per l'Ufficio Locale di Esecuzione Penale Esterna di Foggia,
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità
dichiara

la propria disponibilità alla nomina a medico competente di cui all'avviso per l'affidamento dell'incarico di Medico Competente ai sensi del D. lgs. n. 81/2008 per l'Ufficio Locale di Esecuzione Penale Esterna di Foggia ed aver preso atto delle tariffe attualmente in vigore e precisamente:

- € 25,82 per la visita agli ambienti di lavoro;
- € 20,00 per ogni visita;
- € 14,28 per esami diagnostici (spirometrico e audiometrico);
- €15,00 per test visivo;
- €15,00 per ECG;
- €18,00 per Drug test;
- €10,00 per alcool test.

Data _____

Firma _____

Si allega documento di identità in corso di validità.