

## 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 Interdistrettuale di Esecuzione Penale Esterna per la Puglia e la Basilicata di Bari.**

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 \_\_\_\_\_

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 Interdistrettuale di Esecuzione Penale Esterna per la Puglia e la Basilicata di Bari e/o di possedere una sede nel Comune di Bari 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 Interdistrettuale di Esecuzione Penale Esterna per la Puglia e la Basilicata di Bari, 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 Interdistrettuale di Esecuzione Penale Esterna per la Puglia e la Basilicata di Bari,

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 Interdistrettuale di Esecuzione Penale Esterna per la Puglia e la Basilicata di Bari e di 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.