

Modello 1 allegato all'Avviso di manifestazione di interesse per incarico di medico competente

....., (Luogo, Data)

Spett.le

Consorzio di Polizia Locale

Alto Vicentino

Via F.lli Pasini, 74

36015 Schio (VI)

**AVVISO ESPLORATIVO PER ACQUISIZIONE MANIFESTAZIONE INTERESSE CON
PREVENTIVO FINALIZZATA ALL'AFFIDAMENTO TRAMITE INDAGINE DI
MERCATO DI INCARICO DI MEDICO COMPETENTE AI SENSI DEL D.LGS. 81/2008**

Domanda di partecipazione

(in caso di partecipante singolo professionista)

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____,
residente in _____ alla Via _____ n. _____ P.IVA
_____, Cod. Fisc. _____, con studio in Via _____ n.
_____.

(in caso di partecipante società/persona giuridica)

La società _____ P.IVA _____, con sede in _____ alla
Via _____ n. _____, rappresentato da _____, nato a _____ il
_____, residente in _____ alla Via _____ n. _____ cod. fisc.
_____.

con riferimento alla procedura in oggetto,

CHIEDE

di partecipare all'Avviso indicato in oggetto, e ai fini della partecipazione alla procedura in oggetto:

(in caso di partecipante società/persona giuridica): individua ai fini della nomina a medico competente il seguente professionista Dott./Dott.ssa. _____, nato/a a _____ il _____, residente in _____ alla Via _____ n. _____, cod. fisc. _____, il quale allega il modello di autocertificazione dei requisiti debitamente compilato e sottoscritto.

La sottoscritta società/persona giuridica nel rispetto di quanto disposto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., e consapevole della responsabilità in caso di affermazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 75 e 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA

- 1) di aver preso piena conoscenza e di accettare incondizionatamente tutte le clausole previste nell'avviso pubblico
- 2) di essere soggetto in possesso dei requisiti per presentare offerta in quanto (*scegliere l'opzione che interessa*):
 - libero professionista singolo in possesso dei requisiti di cui all'art. 38 del D.Lgs. 81/2008;
 - società di medici professionisti;
 - soggetto fornitore di servizi sanitari;
- 3) di impegnarsi, a seguito dell'aggiudicazione, ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge 13 agosto 2010, n. 136 e s.m.i., a pena di nullità assoluta del contratto.
- 4) ai sensi dell'art 13 e 14 del GDPR 2016/679, di esprimere il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali conferiti, con particolare riguardo a quelli definiti "sensibili", per le finalità e durata necessaria per gli adempimenti connessi alla prestazione lavorativa richiesta;
- 5) per qualsiasi comunicazione relativa alla presente domanda, indica il seguente indirizzo PEC/mail
- 6) ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei flussi finanziari, comunica gli estremi identificativi di almeno un conto corrente dedicato acceso presso banche o presso la società Poste italiane S.p.A. e le generalità delle persone ad operare su di essi, su cui transiteranno i pagamenti effettuati dal Consorzio di Polizia Locale Alto Vicentino, impegnandosi altresì a comunicare, entro sette giorni, ogni eventuale modifica:
 - conto corrente intestato alla società presso
_____ filiale / _____agenzia
Codice
 - IBAN _____
 - codici di riscontro : CIN _____ ABI _____ CAB

 - dati identificativi del soggetto delegato ad operare:
Cognome e Nome _____
Qualifica _____ Nato a _____
_____ il _____
Codice Fiscale _____;

Alla presente domanda sono allegati i seguenti documenti, così come prescritto dall'Avviso:

- *Autocertificazione* dei requisiti generali, corredata di copia di un valido documento di riconoscimento.
- *Curriculum tecnico-professionale*, datato e firmato dal professionista singolo ovvero dal professionista che assumerà l'incarico in caso di persona giuridica, da cui risultino il possesso dei requisiti di cui all'art. 38 del Dlgs. 81/2008 e del requisito di capacità tecnico - professionale di almeno un incarico di medico competente di ai sensi del Dlgs: 81/2008 in enti pubblici/privati con più di 40 dipendenti negli ultimi tre anni (2015/2016/2017)
- *Offerta-Preventivo*.
- *Copia dell'Avviso* sottoscritto in ogni pagina per piena conoscenza ed accettazione dei relativi contenuti (sottoscritto anche dal professionista individuato ai fini della nomina a medico competente)

La presente dichiarazione è composta di n. _____ pagine, e di n. ____ allegati. Alla presente è/sono allegato/i il/i documento/i di identità del/i dichiarante/i.
--

LUOGO, DATA	FIRMA DEL DICHIARANTE

N.B. La **domanda** deve essere corredata **a pena di esclusione** da fotocopia di documento di identità del sottoscrittore.