

**BANDO DI GARA PER L'AGGIUDICAZIONE DEL
SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA
Istanza di partecipazione alla gara**

**Al Dirigente Scolastico
Dell'ISTITUTO STATALE D'ISTRUZIONE
SUPERIORE "G. GALILEI"
prof.ssa Rossella Rizzato
via Puccini, 22 - 34170 – GORIZIA**

Il/la sottoscritto/a	
Nato a	il
Codice fiscale	
Titolare della Ditta	
Sede	
Partita IVA	
Telefono/fax/cell.	
E-mail	

C H I E D E

di partecipare alla selezione per titoli per l'attribuzione dell'incarico "MEDICO COMPETENTE".
A tal fine, consapevole della responsabilità penale e della decadenza da eventuali benefici acquisiti nel caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, quanto segue:

Di essere cittadino/a:
Di essere in godimento dei diritti civili e politici.
Di essere/non essere dipendente della seguente Amministrazione:
Titolo di studio:
Titolo di specializzazione:
Di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti al casellario giudiziale.
Di aver/non aver maturato esperienze nel settore (<i>allegare elenco eventuale</i>).
Di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni contenute nel bando suddetto.

Il/La sottoscritto/a autocertifica la veridicità delle informazioni fornite (art. 46, DPR n° 445/2000).
Il/La sottoscritto/a consente il trattamento dei propri dati, anche personali, ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196, per le esigenze e le finalità dell'incarico di cui alla presente domanda.

Allega: curriculum vitae in formato europeo.

Data _____

Firma

**BANDO DI GARA PER L'AGGIUDICAZIONE DEL
SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA**

OFFERTA

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ in qualità di _____

rappresentate legale, procuratore, etc. dell'impresa _____

con sede in _____

C.F. _____ Partita IVA _____

O F F R E

a) _____ per l'attribuzione dell'incarico di "**MEDICO COMPETENTE**", il seguente **costo orario** (lordo stato e per le ditte IVA compresa):

PRESTAZIONE	IMPORTO RICHIESTO
Incarico triennale medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie (indicare importo complessivo annuale).	
Importo richiesto per le visite mediche, salvo qualche variazione, di: 11 collaboratori scolastici – 5 assistenti amministrativi – 11 assistenti tecnici delle seguenti aree - 6 elettrica informatica, 3 meccanica, 1 topografia, 1 chimica - compreso eventuale costo per uscita.	

Data _____

Il/I concorrente/i

**MODULO CONTENENTE LE NOTIZIE NECESSARIE PER LA RICHIESTA DEL DOCUMENTO UNICO DI
REGOLARITA' CONTRIBUTIVA (DURC)**

1. Codice fiscale _____

2. Denominazione/Ragione Sociale _____

3. Sede Legale: CAP _____ Comune _____

Prov. _____ via _____ n° _____

4. Sede operativa (non riportare se uguale alla sede legale):

CAP _____ Comune _____ Prov _____

Via _____

5. Recapito corrispondenza (barrare) : Sede Legale Sede operativa

6. Tipo impresa (barrare): Impresa Lavoratore Autonomo

7. C.C.N.L. applicato (barrare) : Edile Industria Edile Piccola Media Impresa
 Edile Artigianato Edile Cooperazione Altro Non edile

A) Dati INAIL:

INAIL – Codice Ditta: _____

INAIL – Posizioni assicurative territoriali (PAT) _____

B) Dati INPS:

1. INPS – Matricola azienda: _____

INPS – Sede INPS competente (indirizzo): _____

2. INPS – Posizione contributiva individuale Titolare/Soci imprese artigiane :

INPS – Sede INPS competente (indirizzo) _____

(nel caso di impresa artigiana senza dipendenti deve essere compilato solo il punto 2)

Data _____

Firma Legale Rappresentante

N.B. Nel caso di Riunione Temporanea di Impresa o di Consorzio il predetto modulo dovrà essere presentato da ciascuno dei soggetti che costituiranno la riunione temporanea/consorzio.