**ALLEGATO 1**

**Al Datore di Lavoro**

**Piazza Castello Rocca dei Rettori**

**82100 BENEVENTO**

**OGGETTO**: **Domanda di ammissione alla selezione per l’affidamento dell’incarico per lo svolgimento dell’attività di “medico competente” prevista dal decreto legislativo n. 81/2008, di durata annuale.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome e nome)

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(comune e provincia di nascita) (data di nascita)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(comune e provincia di residenza)

in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numero di codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle gravi responsabilità penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 a carico di chi rende dichiarazioni alla Pubblica Amministrazione mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, dichiara, sotto la propria responsabilità (barrare i punti che interessano):

1) □ di essere cittadino italiano:

□ di essere cittadino del seguente Stato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) □ di godere dei diritti civili e politici;

□ in caso di mancato godimento indicarne i motivi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) di essere in possesso:

□ del diploma di laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nel caso di diploma di laurea conseguito all’estero, indicare gli estremi del provvedimento attestante l’equipollenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) □ di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5) di aver svolto, per un periodo continuativo di almeno 6 mesi analoghi incarichi per enti pubblici (di cui all’art. 2 del D. Lgs n. 165/2001) e/o per loro aziende consorziate o partecipate, con almeno n. 50 dipendenti, in particolare:

datore di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

periodo dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

attività svolta dal datore di lavoro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numero dipendenti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

attività svolta dal professionista\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(NB compilare in modo leggibile o allegare fotocopia della documentazione - se l’attività è stata svolta in più realtà indicare i dati per ogni datore di lavoro )

6) □ non aver riportato sentenza di condanna passata in giudicato, o nei cui confronti sia emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell’art. 444 c.p.p., per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale o nei cui confronti è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all’art. 9, comma 2, lett. c), del D. Lgs. n. 231/2001 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;

7) □ di non essere stato inibito per legge o per provvedimento disciplinare all’esercizio della libera professione;

8) □ di non essere in conflitto di interessi con la Provincia di Benevento o di non aver demeritato in precedenti incarichi.

Il sottoscritto chiede, inoltre, che tutte le comunicazioni relative alla presente selezione siano inviate al seguente recapito:

cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frazione/comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

impegnandosi a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che l’Amministrazione non assume alcuna responsabilità per il caso di dispersione di comunicazione dipendente da inesatta indicazione del recapito o da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo, né per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell’Amministrazione stessa

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le clausole contenute nell’avviso pubblicato dalla Provincia di Benevento ed esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

**Allega:**

□ **una dichiarazione di impegno** ad effettuare le visite mediche presso un locale un locale messo a disposizione dalla Provincia di Benevento e di essere in possesso di tutta l’attrezzatura medica e tecnica necessaria per l’espletamento dell’incarico che dovrà portare con sé all’atto dello svolgimento dell’incarico de quo;

□ **progetto tecnico** di espletamento del servizio;

□ **offerte aggiuntive** senza oneri per l’Ente;

□ **offerta economica;**

□ **fotocopia** di un documento d’identità in corso di validità;

□ **elenco** in carta semplice dei documenti allegati firmato dal richiedente

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LA PRESENTE DICHIARAZIONE NON NECESSITA DELL’AUTENTICAZIONE DELLA FIRMA E SOSTITUISCE A TUTTI GLI EFFETTI LE NORMALI CERTIFICAZIONI RICHIESTE O DESTINATE A UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

**ALLEGATO 2**

**Al Datore di Lavoro**

**Piazza castello Rocca dei Rettori**

**82100 BENEVENTO**

OGGETTO: **Avviso pubblico di selezione per l’affidamento dell’incarico per lo svolgimento dell’attività di “medico competente” prevista dal decreto legislativo n. 81/2008, di durata annuale.**

**OFFERTA ECONOMICA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per lo svolgimento dell’attività di “**medico competente**” prevista dal decreto legislativo n. 81/2008, della durata di anni uno presso la Provincia di Benevento,

**PRESENTA**

**La seguente offerta :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prestazione** | **Importo** | **Sconto percentuale unico offerto** | |
|  |  | **In cifre** | **In lettere** |
| visita di idoneità alla mansione | € 30,00 |  |  |
| Visita medica successiva | € 23,00 |
| Visita idoneità addetti videoterminali | € 30,00 |
| Prestazioni orarie | € 52,00 |
| Corso di primo soccorso (indicativamente 4-6 ore per 20 persone); | € 10,00 ad ora  per ogni persona |

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_