

Spett.le
AMGAS S.r.l.
C.so A. De Gasperi, 320
70125 Bari

Oggetto: dichiarazioni e preventivo di spesa per l'affidamento dell'incarico di Medico Competente e Sorveglianza Sanitaria ai sensi del d.lgs n. 81/2008 e s.m.i.

1 - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA' RESA AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il ___/___/_____ a _____ Prov. _____
codice fiscale _____ P.IVA _____
residente a _____ Prov. _____ in Via _____
n. _____ telefono _____
e-mail _____

Indirizzo PEC _____ in qualità di:

Libero professionista;

(compilare in caso di società)

_____ della società _____
con sede legale nel Comune di _____ Prov. _____
alla Via _____ n. _____ codice
fiscale _____ P.IVA _____

Si indica, pertanto, il nome del professionista che in caso di aggiudicazione del servizio
assumerà l'incarico di Medico Competente

CHIEDE

di partecipare alla procedura per l'affidamento dell'incarico di Medico Competente e Sorveglianza Sanitaria ai sensi del D.Lgs n. 81/2008 e s.m.i. - C.I.G. n. ZDA231875B.

A tal fine,

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del DPR n.445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazione mendaci e/o formazioni o uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione lo scrivente operatore economico decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata;

accettando tutte le condizioni previste nell'avviso pubblico di richiesta preventivo di spesa per l'affidamento dell'incarico di Medico Competente e Sorveglianza Sanitaria ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.ö - codice C.I.G. n. ZDA231875B pubblicato sul sito dell'AMGAS S.r.l. in data 17/04/2018;

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità:

Di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;

Di essere in godimento dei diritti civili e politici;

Di essere in possesso personalmente o con riferimento al professionista (*indicare il nominativo del professionista designato*) _____
dei requisiti previsti al punto 4 del relativo avviso pubblico come di seguito riportati:

1. Laurea in Medicina e Chirurgia con abilitazione all'esercizio della professione ed iscrizione all'albo professionale;
2. Possesso anche solo di uno dei seguenti titoli come previsto dall'art. 38 del D.Lgs.81/2008 e s.m.i.:
 - Specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;
 - Docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia ed igiene del lavoro o in clinica del lavoro;
 - Autorizzazione a svolgere attività di medico competente rilasciata dall'assessorato regionale competente per territorio di cui all'art. 55 del D. Lgs. 15 agosto 1991 n.277;
 - Specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale, esclusivamente per quei soggetti che alla data in vigore del D.Lgs. 81/2008 (15 maggio 2008) svolgano attività di medico competente o dimostrino di avere svolto tali attività per almeno un anno nell'arco dei tre anni anteriori all'entrata in vigore del D.Lgs.81/2008.
3. Iscrizione nell'elenco nazionale dei Medici Competenti istituito presso il Ministero del Lavoro della Salute e delle politiche sociali (D.M. 4 Marzo 2009);
4. Non essere incorsi nelle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 o in ogni altra situazione che possa determinare l'esclusione o l'incapacità a contrarre con la P.A.;
5. Non essere stati dichiarati decaduti dall'impiego per aver conseguito dolosamente la nomina mediante produzione di documenti falsi o viziati da invalidità insanabile;
6. Non essere stati inibiti per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della libera professione;

- Di impegnarsi, all'atto del conferimento dell'incarico, a produrre attestazione di possesso di adeguata copertura assicurativa per i rischi derivati da responsabilità civile in occasione dello svolgimento delle prestazioni e attività presso il committente;
- Di essere in possesso dei requisiti di regolarità contributiva e fiscale *(da indicare solo in caso di Società)*;
- Di aver preso piena conoscenza e di accettare incondizionatamente tutte le clausole previste nell'avviso pubblico;
- Di aver tenuto conto, nel predisporre l'offerta, degli obblighi relativi alle norme di sicurezza sul lavoro, valutando i costi dei rischi specifici della propria attività;
- Di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n.196/2003, i dati saranno utilizzati dall'AMGAS Srl esclusivamente per le finalità connesse alla gestione della presente procedura anche con l'ausilio di mezzi informatici.

Luogo e data

IL DICHIARANTE

(Timbro e Firma leggibile)

2 - PREVENTIVO DI SPESA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il ___/___/_____ a _____ Prov. _____
codice fiscale _____ P.IVA _____
residente a _____ Prov. _____ in Via _____
n. _____ telefono _____
e-mail _____

Indirizzo PEC _____

in qualità di:

Libero professionista;

(compilare in caso di società)

_____ della società _____

con sede legale nel Comune di _____ Prov. _____

alla Via _____ n. _____ codice

fiscale _____ P.IVA _____

Si indica, pertanto, il nome del professionista che in caso di aggiudicazione del servizio
assumerà l'incarico di Medico Competente

in relazione alla procedura per l'affidamento dell'incarico di Medico Competente e
Sorveglianza Sanitaria ai sensi del D.Lgs n. 81/2008 e s.m.i C.I.G. n. _____

PRESENTA IL PREVENTIVO DI SPESA COME DA SEGUENTE TABELLA

(compilare tutti i campi liberi della seconda colonna indicando l'importo sia in cifre che in lettere)

<u>TIPOLOGIA DELLA PRESTAZIONE PREVISTA</u>	<u>TARIFFA</u>	<u>UNITAØ DI MISURA</u>	<u>NUMERO PRESUMIBILE DI PRESTAZIONI</u>
Gestione incarico inclusa la gestione del PSS, sopralluogo, riunione periodica, relazioni varie, tenuta registro visite mediche e certificazioni di idoneità		Anno	2

<p>Visita medica con giudizio di idoneità e cartella sanitaria, compresa la gestione dei risultati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - preventiva in fase preassuntiva; - periodica biennale; - su richiesta del lavoratore; - in occasione di cambio di mansione; - alla cessazione del rapporto lavorativo, nei casi previsti dalla normativa vigente; - precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi. 		Visita	54
Visita oculistica completa		Visita	54
Esami di laboratorio: Glicemia		Esame	Fino a 54
Esami di laboratorio: Creatininemia		Esame	Fino a 54
Esami di laboratorio: Azotemia		Esame	Fino a 54
Esami di laboratorio: Emocromo completo		Esame	Fino a 54
Esami di laboratorio: Enzimi Epatici SGPT		Esame	Fino a 54
Esami di laboratorio: Enzimi Epatici SGOT		Esame	Fino a 54
Esami di laboratorio: Tricliceridemia		Esame	Fino a 54
Esami di laboratorio: Colesterolemia totale		Esame	Fino a 54
Esami di laboratorio: Colesterolemia HDL		Esame	Fino a 54
Esami di laboratorio: Urine		Esame	Fino a 54
Corso Primo Soccorso gruppo B, ex D.M. 388/2003, (ivi compresa formazione per l'utilizzo del defibrillatore) ó 12 h		A partecipante	3
Corso aggiornamento Primo Soccorso ó 4 h		A partecipante	3
Totale importo offerto		--	--

DICHIARA, inoltre,

di impegnarsi a mantenere valida e vincolante la presente proposta economica per n. 2 anni dalla stipula del relativo contratto nonché a mantenere valido e vincolante il medesimo preventivo per un periodo massimo pari a n. 1 anno in caso di rinnovo contrattuale.

Sottoscrive la presente dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 consapevole delle responsabilità penali, amministrative e civili in caso di dichiarazioni false o incomplete.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa ai suoi recapiti ovvero alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede in caso di società partecipante ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione all'anzidetta procedura.

Luogo e data

IL DICHIARANTE

(Timbro e Firma leggibile)

Norme di compilazione del modulo:

- *Apporre su ogni pagina del presente il timbro e firma del professionista o del Legale Rappresentante in caso di società;*
- *Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità del soggetto firmatario;*
- *Allegare curriculum vitae del professionista firmatario o, in caso di società, del professionista designato che, in caso di aggiudicazione del servizio, assumerà l'incarico di Medico Competente.*