

Allegato A

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

(in busta chiusa idoneamente sigillata e controfirmata sui lembi di chiusura)

Arca Capitanata
Via Romolo Caggese n. 2
71121 Foggia

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE CON PREVENTIVO PER L’AFFIDAMENTO DIRETTO DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA – ATTIVITA’ DI MEDICO COMPETENTE - PER IL PERSONALE ARCA CAPITANATA
CODICE CIG Z922269C3E**

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____, residente in _____,
alla Via _____ n. _____, Codice Fiscale _____
P.I. _____ Tel _____ pec _____

in qualità di (*barrare la casella che interessa*)

Libero professionista

Legale rappresentante / procuratore di _____
con sede in _____, alla Via _____
n. _____, P.Iva _____,
C.F. _____

(Eventuale) A tal proposito dichiara che i propri soci/associati sono _____,
i quali provvederanno a dichiarare di non incorrere in nessuna delle ipotesi contemplate dall’art. 80 del D. Lgs n. 50/2016 e s.m.i in separata nota da allegarsi alla presente, corredata dai documenti di identità dei dichiaranti

MANIFESTA

il proprio interesse per l’affidamento del Servizio in oggetto e, a tal fine,

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare alla procedura di selezione per l'affidamento diretto dell'incarico di medico competente per la sicurezza e la salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno stato membro della Unione Europea;
- di essere in possesso dei diritti politici, tenuto conto anche di quanto disposto dalla legge 18.1.1992, n. 16, recante norme in materia di elezioni e nomine presso le regioni e gli enti locali;
- di rientrare in una delle categorie di soggetti individuate dall'art. 45 del D.Lgs. 50/2016;
- di non incorrere in nessuna delle ipotesi contemplate dall'art. 80 del D. Lgs n. 50/2016 e smi;
- di non avere affidato incarichi in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del D. Lgs. n. 165/2001;
- di potere contrarre con le Pubbliche Amministrazioni;
- di effettuare le proprie prestazioni presso lo Studio sito in Foggia, alla Via _____;
- di non avere incompatibilità o conflitto di interessi per il servizio in oggetto con l'Arca Capitanata;
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196, per gli adempimenti della presente procedura;
- di aver valutato ogni elemento per l'individuazione del lavoro da svolgersi;
- di essere in regola con il pagamento dei contributi INPS e INAIL
- di accettare tutte le condizioni previste dalla normativa, dall'Avviso Pubblico e dal Disciplinare di incarico;
- di assumersi le responsabilità proprie dell'incarico, fin dalla assegnazione dello stesso;

(barrare la casella che interessa)

- di essere in possesso delle capacità e dei requisiti professionali previsti dall'art. 38 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, per assumere le funzioni di "medico competente" e di essere iscritto nell'elenco dei Medici Competenti istituito presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (numero _____ data di iscrizione _____) e di svolgere personalmente il servizio di cui in oggetto;

Oppure

che il Medico Competente che svolgerà il servizio di cui in oggetto è il/la Dott. _____, che sottoscrive la seguente dichiarazione :

Il/La sottoscritto/a _____,	
nato/a a _____ il _____,	
residente in _____, alla Via _____ n. _____	
Codice Fiscale _____	P.I. _____
Tel _____ pec _____,	
in qualità di Medico designato quale Medico Competente per l'Arca Capitanata, sotto la propria personale responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000	
DICHIARA	
A) di non avere alcuna causa di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016 e smi;	
B) di essere in possesso delle capacità e dei requisiti professionali previsti dall'art. 38 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, per assumere le funzioni di "medico competente";	
C) di essere iscritto nell'elenco dei Medici Competenti istituito presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (numero _____ data di iscrizione _____)	
Data _____	Firma del Medico designato _____
Si allega:	
- <i>copia documento di identità</i>	

Data _____

Firma del dichiarante

Si allega:

- *disciplinare di incarico firmato PER ACCETTAZIONE in ogni pagina*
- *copia documento di identità*