**Allegato B - PERSONE GIURIDICHE**

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE CON PROCEDURA COMPARATIVA A EVIDENZA PUBBLICA DEL MEDICO COMPETENTE AI SENSI DEL D.LGS. 81/08 E S.M.I.**

*Parte 1 (dichiarazione del legale rappresentante)*

Il sottoscritto …………………………………………………….….nato/a …………………… il …………….………..

residente a ………………….……………………….. ….. via …………………………………………………………..

cap ………….. tel. …….……….……… fax ……….…….….………… cell. …………………………………..

Mail…………………………@…………………………… Mail PEC………………………@….……………………….

nella sua qualità di legale rappresentante di ………………………………………………………………………… con sede legale in ………………………………..……………………. Via ……………………………………….….., P. I. ……………………………………..…………..……C.F……………………………………………………..…..

chiede

di essere ammesso alla selezione con procedura comparativa a evidenza pubblica per il conferimento dell'incarico di medico competente ai sensi del D.Lgs. 81/08 per la Società Terra delle Sirene SPA in liquidazione.A tal fine, consapevole delle responsabilità penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, ai sensi degli artt. 71 e 76 D.P.R. 445/2000, dichiara che la Società:

* è iscritta al Registro delle imprese della CCIAA (con indicazione dell’anno di iscrizione, della provincia di competenza e del numero di iscrizione) ………………………………………………;
* non ha in corso piani di emersione dal lavoro sommerso, ai sensi dell’art. 1 bis, comma 14, della legge 18/1/2001 n. 383, introdotto dall’art. 1, comma 2 della legge 266/2002 e s.m.i.;
* è in regola con i contributi previdenziali ed assicurativi;
* è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili ex L. 68/1999.
* il domicilio presso il quale intende ricevere le comunicazioni relative alla presente selezione pubblica è: ………………………………………………………………………..……………………………………..;

Inoltre dichiara che il professionista che assumerà l’incarico è:

NOME E COGNOME …………………………………………nato/a …………………… il …………….…..……..

residente a ………………………………………….……….. via …………………………………………………….….

cap ………….. tel. …….……….……… fax ……….…….….………… cell. …………………………………..

Mail…………………………@…………………………… Mail PEC………………………@….……………………….

TIMBRO E FIRMA (legale rappresentante)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Parte 2 (dichiarazione del medico competente proposto dalla Società/Associazione)*

Io sottoscritto *(medico competente proposto)* ………………………………………………………………dichiaro a norma degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni e integrazioni e a pena di esclusione, di essere in possesso dei seguenti requisiti:

1. di essere cittadino e di avere il pieno godimento dei diritti civili e politici;
2. di non avere subito condanne penali che comportino l’incapacità attuale di contrattare con la pubblica amministrazione;
3. di essere in possesso dei seguenti titoli o requisiti previsti dall'art. 38 del D.Lgs. 81/08 s.m.i.:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. di essere iscritto all'elenco dei Medici Competenti tenuto presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 38, comma 4, D.lgs. 81/08 e s.m.i. (specificare numero ed anno di iscrizione)………………………………………………………………………………………………………………………
2. precedente esperienza professionale quale medico competente in Società a capitale pubblico/Enti pubblici/Aziende pubbliche, e/o in aziende con più di 15 dipendenti, precisamente:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. di garantire la disponibilità di una struttura sanitaria dotata di adeguata attrezzatura e strumentazione, sita nel territorio della penisola sorrentina;
2. di essere coperto da polizza RCT professionali per i rischi derivanti dall’incarico;
3. di aver preso visione dell’avviso di selezione e di essere in possesso di tutti i requisiti ivi previsti;
4. di non avere conflitti di interesse con Terra delle Sirene SPA in liquidazione e con i Comuni di Massa Lubrense e Vico Equense;
5. di non trovarsi in una delle condizioni ostative previste dall’art. 10 del DLGS 235/2012 (incandidabilità alle elezioni provinciali, comunali e circoscrizionali), nonché delle cause di inconferibilità di cui all’art. 3 del DLGS 39/2013 (inconferibilità di incarichi in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione).

Dichiaro altresì di non essere/rivestire incarichi di:

1. consigliere comunale e componente di giunte comunali;
2. consigliere provinciale e componente di giunte provinciali;
3. consigliere regionale e componente di giunte regionali;
4. parlamentare e membro del governo, nonché componente del parlamento europeo;
5. in rapporto di pubblico impiego, dipendenza, consulenza o incarico con nessuno dei comuni soci Terra delle Sirene Spa in liquidazione, compresi i soggetti in rapporto di impiego ai sensi degli artt. 90 e 110 del DLGS 267 del 2000;
6. in rapporto di impiego, consulenza o incarico Terra delle Sirene SPA in liquidazione;
7. in rapporto di consulenza o di impiego con le istituzione/altri ente/azienda/società partecipate anche in misura minoritaria dai Comuni di Massa Lubrense e Vico Equense;
8. di non trovarsi in stato di fallimento nonché in procedimenti per la dichiarazione dello stato di fallimento;
9. di non aver ricoperto, nei cinque anni precedenti, la carica di amministratore di ente, istituzione, azienda pubblica, società a totale o parziale capitale pubblico, che abbia chiuso in perdita tre esercizi consecutivi, ai sensi dell’art. 1 c. 734 della legge n.296/2006
10. di non essere titolari, soci, amministratori, dipendenti con poteri di rappresentanza o di coordinamento di imprese esercenti attività concorrenti o comunque connesse ai servizi erogati da Terra delle Sirene SPA in liquidazione;
11. non avere liti pendenti con Terra delle Sirene SPA in liquidazione e con i Comuni di Massa Lubrense e Vico Equense.

**Allega alla presente domanda: i) curriculum vitae datato e sottoscritto, ii) fotocopia di un documento di riconoscimento; iii) fotocopia iscrizione elenco dei Medici competenti, iv) copia polizza RCT.**

FIRMA (medico competente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Parte 3 (Offerta a cura del legale rappresentante)*

Tutto ciò premesso,

Il sottoscritto …………………………………………………….………………………………………………………….

nella sua qualità di legale rappresentante di …………………………………………………………………………

**OFFRE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A | Compenso per collaborazione con la Società comprensivo degli obblighi di cui all’art. 25 D. Lgs. n. 81/2008, partecipazione alla riunione periodica corsi di Formazione e Informazione dei lavoratori sui rischi e sul Primo Soccorso e consulenza. | Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ora |
| B | Visita medica con giudizio di idoneità alla mansione di addetti VDT | Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per ogni visita/lavoratore da sottoporre ad esame |
| C | Visita medica con giudizio di idoneità alla mansione specifica per esposti alla movimentazione manuale di carichi, lavoro notturno, rischio biologico. | Euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per ogni visita/lavoratore da sottoporre ad esame |
| D | Indagini strumentali e analitiche necessarie in considerazione della categoria di rischio. Saranno in ogni caso da quotare i seguenti esami:   1. Per operatori VDT: (visita oculistica) 2. Per operatori esposti alla movimentazione manuale di carichi, lavoro notturno, rischio biologico (visita oculistica - spirometria + esami AZ-BSAB-BSAG-CR-EM-GL-GOT-GPT-HCV-PV-UR-COC-MET-MOR-THC-ALC) | Euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per ogni visita lavoratore (VDT) da sottoporre ad esame  Euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per ogni visita lavoratore (addetto alla movimentazione manuale dei carichi, lavoro notturno) da sottoporre ad esame |

I sottoscritti (legale rappresentante)………………………………………………………….. e (medico competente proposto)………………………………………………………..dichiarano altresì di accettare espressamente quanto previsto dall’Avviso con riferimento alla durata dell’eventuale incarico che, stante lo stato di liquidazione, potrebbe essere inferiore al triennio.

Dichiarano infine di essere consapevoli che:

* in caso di attestazioni non veritiere per le dichiarazioni sopra rese incorrerò nelle sanzioni previste dal codice penale, ai sensi dell’art. 76 del DPR n.445/2000;
* che i dati personali forniti ai sensi del DLGS 196/2003 saranno raccolti e trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata l'istanza.

Luogo e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma (legale rappresentante)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma (medico competente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_