*Modello 1 allegato all'Avviso di manifestazione di interesse per incarico di medico competente*

............, .............. (Luogo, Data)

Spett.le

**Comune di Spotorno**

**Via Aurelia, 60**

**17028 SPOTORNO**

**AVVISO ESPLORATIVO PER ACQUISIZIONE MANIFESTAZIONE INTERESSE CON PREVENTIVO FINALIZZATA ALL'AFFIDAMENTO TRAMITE INDAGINE DI MERCATO DI INCARICO DI MEDICO COMPETENTE AI SENSI DEL D.LGS. 81/2008**

**Domanda di partecipazione**

(in caso di partecipante singolo professionista)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con studio in Via \_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_,

(in caso di partecipante società/persona giuridica)

La società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_ n\_\_\_\_\_, rappresentato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato a \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

con riferimento alla procedura in oggetto,

**CHIEDE**

**di partecipare all’Avviso indicato in oggetto,** e ai fini della partecipazione alla procedura in oggetto:

(in caso di partecipante società/persona giuridica): **individua** ai fini della nomina a medico competente il seguente professionista Dott./Dott.ssa. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cod. fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il quale allega il modello di autocertificazione dei requisiti debitamente compilato e sottoscritto.

**La sottoscritta società/persona giuridica nel rispetto di quanto disposto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., e consapevole della responsabilità in caso di affermazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all’art. 75 e 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e s.m.i.**

**DICHIARA**

1. di aver preso piena conoscenza e di accettare incondizionatamente tutte le clausole previste nell’avviso pubblico
2. di essere soggetto in possesso dei requisiti per presentare offerta in quanto *(scegliere l’opzione che interessa)*:

□ libero professionista singolo in possesso dei requisiti di cui all’art. 38 del D.Lgs. 81/2008;

□ società di medici professionisti;

□ soggetto fornitore di servizi sanitari;

1. di impegnarsi, a seguito dell’aggiudicazione, ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge 13 agosto 2010, n. 136 e s.m.i., a pena di nullità assoluta del contratto.
2. ai sensi dell’art 13 del D.Lgs. 196/2003, di esprimere il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali conferiti, con particolare riguardo a quelli definiti “sensibili” alla lettera d) comma 1 dell`art. 4 del D.Lgs. 196/2003, per le ﬁnalità e durata necessaria per gli adempimenti connessi alla prestazione lavorativa richiesta;
3. per qualsiasi comunicazione relativa alla presente domanda, indica il seguente indirizzo PEC/mail …………………………………………;
4. ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei flussi finanziari, comunica gli estremi identificativi di almeno un conto corrente dedicato acceso presso banche o presso la società Poste italiane S.p.A. e le generalità delle persone ad operare su di essi, su cui transiteranno i pagamenti effettuati dal Comune di Spotorno, impegnandosi altresì a comunicare, entro sette giorni, ogni eventuale modifica:

* conto corrente intestato alla società presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_filiale / agenzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codici di riscontro : CIN \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* dati identificativi del soggetto delegato ad operare:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**Alla presente domanda sono allegati i seguenti documenti, così come prescritto dall’Avviso:**

* + *Autocertificazione* dei requisiti generali, corredata di copia di un valido documento di riconoscimento.
  + *Curriculum tecnico-professionale*, datato e firmato dal professionista singolo ovvero dal professionista che assumerà l’incarico in caso di persona giuridica, da cui risultino il possesso dei requisiti di cui all'art. 38 del Dlgs. 81/2008 e del requisito di capacità tecnico - professionale di almeno un incarico di medico competente di ai sensi del Dlgs: 81/2008 in enti pubblici/privati con più di 40 dipendenti negli ultimi tre anni (2015/2016/2017)
  + *Offerta-Preventivo.*
  + *Copia dell’Avviso*sottoscritto in ogni pagina per piena conoscenza ed accettazione dei relativi contenuti (sottoscritto anche dal professionista individuato ai fini della nomina a medico competente)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| La presente dichiarazione è composta di n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pagine, e di n. \_\_\_\_ allegati. **Alla presente è/sono allegato/i il/i documento/i di identità del/i dichiarante/i.** | | | | |
| LUOGO, DATA | | FIRMA DEL DICHIARANTE | | |
|  | |  | | |
|  | ***N.B.***La **domanda** deve essere corredata **a pena di esclusione** da fotocopia di documento di identità del sottoscrittore. | |  |  |