

ALLEGATO 2

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E DICHIARAZIONE REQUISITI (per l'affidamento dell'incarico di MEDICO COMPETENTE finalizzato al servizio di sorveglianza sanitaria e degli ulteriori adempimenti previsti dal D.Lgs 81/08 e s.m.i. – Durata triennale)

Spett.le

Unione di Comuni Montana Lunigiana
p.zza De Gasperi n 17
54013 Fivizzano (MS)
PEC: ucmlunigiana@postacert.toscana.it

OGGETTO: Manifestazione di interesse per l'affidamento del servizio di Medico Competente ai sensi del D.Lgs. 81/2008 e art. 50, comma 1, lett. b) del D.Lgs. 36/2023 - Durata triennale.

Il/La sottoscritto/a:

[COGNOME] _____ **[NOME]** _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
Via _____ n _____ Codice Fiscale _____
telefono _____ e-mail _____
PEC _____

in qualità di:

- libero professionista;
- legale rappresentante / procuratore / titolare dell'operatore economico:

[Ragione sociale / denominazione del soggetto giuridico] _____
con sede legale in _____
C.F. _____ P.IVA _____

MANIFESTA

Il proprio interesse a voler partecipare alla successiva procedura di affidamento del servizio di Medico Competente mediante piattaforma START di Regione Toscana e, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 38 del D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di _____ al n. _____;

- di essere in possesso di almeno uno dei seguenti titoli abilitanti:
 - specializzazione in medicina del lavoro;
 - specializzazione in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;
 - docenza universitaria in materia attinente;
 - autorizzazione ex art. 55 del D.Lgs. 277/1991;
- di essere iscritto nell'elenco nazionale dei Medici Competenti presso il Ministero della Salute;
- di avere svolto nei tre anni precedenti alla data di pubblicazione del presente avviso almeno un servizio di sorveglianza sanitaria ai sensi del d.lgs. n. 81/2008 per conto di amministrazioni pubbliche o di soggetti privati con almeno 30 dipendenti;
- di essere registrato sulla piattaforma START della Regione Toscana;
- di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione previste dagli artt. 94 e 95 del D.Lgs. 36/2023;
- di non essere in conflitto di interesse con l'Amministrazione;
- di essere in regola con tutti gli obblighi fiscali, previdenziali, contributivi e di tracciabilità dei flussi finanziari ex legge n. 136/2010;
- avere la disponibilità delle attrezzature necessarie all'espletamento delle visite periodiche presso la sede dell'Ente affidante oppure presso la sede del contraente ubicata ad una distanza massima di 40 km dalla sede dell'Unione di Comuni Montana Lunigiana di Fivizzano (MS), sita in Piazza De Gasperi N° 17;
- di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e *s.m.i.*;
- di accettare integralmente le condizioni previste nell'avviso;

NEL CASO DI PARTECIPAZIONE DI UN SOGGETTO GIURIDICO, DICHIARA INOLTRE

che l'incarico sarà svolto dal seguente Medico Competente, in possesso dei requisiti richiesti:

Dott./Dott.ssa _____
 nato/a a _____ il _____
 C.F. _____
 iscritto all'Ordine dei Medici di _____ n. _____
 e all'elenco dei Medici Competenti del Ministero della Salute;

- che il soggetto designato ha maturato nei tre anni precedenti alla data di pubblicazione del presente avviso almeno un servizio di sorveglianza sanitaria ai sensi del d.lgs. n. 81/2008 per conto di amministrazioni pubbliche o di soggetti privati con almeno 30 dipendenti;

COMUNICA

I dati necessari per le eventuali successive comunicazioni relative alla procedura di cui in oggetto:

- Denominazione _____
- Indirizzo _____
- Telefono _____ Cell. _____
- E-mail _____
- Referente _____
- Cell: _____

- email _____
- PEC _____
- Fax n. _____

DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione dell'avviso e di accettarne ogni contenuto;
- di impegnarsi a rispettare le norme vigenti e quelle previste dalla documentazione dell'Ente;
- di essere a conoscenza che l'Amministrazione si riserva di sospendere, modificare o annullare la procedura senza pretesa di indennizzo;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (GDPR);
- di allegare copia del documento di identità in corso di validità (in caso di firma non digitale).

Luogo e data _____

Firma del legale rappresentante / professionista: _____

In caso di R.T.I. il presente modulo deve essere reso e sottoscritto distintamente da parte di ciascun componente l'R.T.I.

N.B. Qualora la dichiarazione non sia sottoscritta digitalmente la presente dichiarazione deve essere corredata dal documento di identità del sottoscrittore.