**ALLEGATO – ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**

**Al Dirigente Scolastico del CPIA di Macerata**

Sede legale: Via Capuzi n. 40 – 62100 Macerata

Sede operativa: Via Cioci 6 – 62100 Macerata

mcmm05300c@pec.istruzione.it

OGGETTO: **Istanza di partecipazione** [**all’indagine di mercato per la selezione del**](http://www.istruzioneveneto.it/wpusr/archives/33502) **Medico Competente CPIA di Macerata.**

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

Residente a…………………..…………….in via…………………………………..……Codice fiscale…………………………….……………….

 tel……………………….……….e mail…………………………………………………………P.E.C………..…………………………………….………….

**VISTO** l’avviso di indagine di mercato per l’individuazione del Medico Competente presso il CPIA di Macerata;

**CONSAPEVOLE** che la presente istanza è finalizzata solo a manifestare un interesse alla partecipazione alla selezione con procedura di affidamento diretto riguardante l’assegnazione del servizio in oggetto;

**CONSAPEVOLE** delle responsabilità ex D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

**COMUNICA**

La propria manifestazione d’interesse ad essere ammesso alla selezione per l’affidamento del servizio di medico competente.

A tal fine dichiara (barrare le caselle relative):

* l’assenza di condanne penali che escludano dall’elettorato attivo e che comportino l’interdizione dai pubblici uffici o l’incapacità di trattare con la pubblica amministrazione;
* di possedere i requisiti di ordine generale di cui al D.Lgs. 50/2016;
* di avere precedenti esperienze lavorative nella scuola pubblica e/o privata in qualità di Medico Competente;
* di avere precedenti esperienze lavorative in altre P.A. o Enti in qualità di Medico Competente;
* di avere precedenti esperienze lavorative nel settore privato in qualità di Medico Competente;

Il/La sottoscritto/a chiede che tutte le comunicazioni inerenti l’indagine di mercato vengano inviate, a mezzo P.E.C., al seguente indirizzo: ………………………………………………….

Si allega :

* **copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;**
* **CV in formato europeo.**

Luogo e data,

 Firma del dichiarante (leggibile)

 **ALLEGATO – DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

**Al Dirigente Scolastico del CPIA di Macerata**

Sede legale: Via Capuzi n. 40 – 62100 Macerata

Sede operativa: Via Cioci 6 – 62100 Macerata

mcmm05300c@pec.istruzione.it

Oggetto: **Dichiarazione sostitutiva di atto notorio di insussistenza delle fattispecie di inconferibilità ed incompatibilità contemplate dal D.Lgs. 39/2013**

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

Residente a…………………..…………….in via…………………………………..……Codice fiscale…………………………….……………….

tel……………………….……….e mail…………………………………………………………P.E.C………..…………………………………….………….

con riferimento all’attribuzione dell’incarico di medico competente

sotto la propria responsabilità, consapevole della sanzione dell’inconferibilità di incarichi per cinque anni in caso di dichiarazione mendace (art. 20, co. 5, d.lgs. 39/2013), nonché, ai sensi dell’art. 47 del d.P.R. 445/00, delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ed infine della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

**DICHIARA**

(barrare le caselle)

* di non trovarsi in alcuna delle condizioni di inconferibilità e incompatibilità di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’art. 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”;
* di essere a conoscenza dell’obbligo di comunicazione tempestiva in ordine all’insorgere di una delle cause di inconferibilità e di incompatibilità di cui al decreto legislativo 39/2013.

# È in vigore il nuovo regolamento privacy 679/2016, pertanto ai sensi dello stesso in particolare gli articoli 7, 13, 15, 16, 17, 18 si comunica che i dati raccolti saranno gestiti ai sensi della norma in epigrafe e che il titolare del trattamento è il CPIA di Macerata in persona del Dirigente Scolastico pro-tempore. Il Responsabile della Protezione dei dati è il dott. Roberto De Duro reperibile al seguente indirizzo e-mail direttore@ControllerPrivacy.it . I dati trattati saranno utilizzati esclusivamente nell’ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (Decreto Ministeriale 305 del 7 dicembre 2006).

L’interessato dichiara di avere preso visione dell’informativa estesa ex art. 13 Reg. UE 679/16 e di esprimere il consenso al trattamento dei dati.

Luogo e data FIRMA DELL’INTERESSATO

Ai sensi dell'articolo 38 del d.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione deve essere sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**ALLEGATO – DICHIARAZIONE POSSESSO REQUISITI**

**Al Dirigente Scolastico del CPIA di Macerata**

Sede legale: Via Capuzi n. 40 – 62100 Macerata

Sede operativa: Via Cioci 6 – 62100 Macerata

mcmm05300c@pec.istruzione.it

Oggetto: **Dichiarazione possesso requisiti**

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

Residente a…………………..…………….in via…………………………………..……Codice fiscale…………………………….……………….

 tel……………………….……….e mail…………………………………………………………P.E.C………..…………………………………….………….

con riferimento all’attribuzione dell’incarico di medico competente

sotto la propria responsabilità, consapevole della sanzione dell’inconferibilità di incarichi per cinque anni in caso di dichiarazione mendace (art. 20, co. 5, d.lgs. 39/2013), nonché, ai sensi dell’art. 47 del d.P.R. 445/00, delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ed infine della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

**DICHIARA**

(barrare le caselle)

Di essere in possesso dei seguenti titoli o requisiti:

* laurea in medicina e chirurgia con abilitazione all'esercizio della professione;
* iscrizione all'Ordine dei Medici;

uno dei seguenti titoli o requisiti previsti dall'art. 38 del D.lgs. 81/2008:

* 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 e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;
* autorizzazione di cui all’art. 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277;
* specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale alle condizioni ulteriormente specificate al comma 2 del medesimo art. 38;
* iscrizione nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 38, comma 4 del D.Lgs. 81/2008;
* cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
* godere dei diritti civili e politici;
* non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
* essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali;
* non essere inibito per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della libera professione;
* non trovarsi nella condizione di cui all’art.39, comma 3, D.Lgs.81/2008;
* non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione di cui all’art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. o in ogni altra situazione che possa determinare l’esclusione o l’incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione;
* non trovarsi in situazione di conflitto di interessi con l’Amministrazione;
* disporre di una struttura sanitaria dotata di adeguata attrezzatura e strumentazione.

Luogo e data FIRMA DELL’INTERESSATO

**ALLEGATO – DICHIARAZIONE POSSESSO REQUISITI**

**Al Dirigente Scolastico del CPIA di Macerata**

Sede legale: Via Capuzi n. 40 – 62100 Macerata

Sede operativa: Via Cioci 6 – 62100 Macerata

mcmm05300c@pec.istruzione.it

Oggetto: **Dichiarazione importo a base del servizio**

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

Residente a…………………..…………….in via…………………………………..……Codice fiscale…………………………….……………….

 tel……………………….……….e mail…………………………………………………………P.E.C………..…………………………………….………….

con riferimento all’attribuzione dell’incarico di medico competente

**DICHIARA**

Di applicare i seguenti importi a base del servizio:

**Euro …………………………………………… compenso forfettario**

**Euro ……………………………………………per visita medica**

**Euro ……………………………………………esami strumentali**

Luogo e data FIRMA DELL’INTERESSATO