**Spett.le**

 **Comune di Lavena Ponte Tresa Via Libertà n. 28**

 **21100 VARESE (VA)**

**OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA E MEDICO COMPETENTE AI SENSI DEL D.LGS N. 81/2008 E SS.MM.II.**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………..……

 nato/a a …………………………….……………… (………) il ……………………………...…………….

 residente in………………………… Piazza/Via ……………………………………….…………n……….

in qualità di:

□ **(se titolare di ditta) legale rappresentante della società** ………………………………………………….

 con sede in ………………………...(….…..) Piazza/Via ………………………………….………n……....

 P.IVA …………………….……………………………. C.F. …………………………………………………

 Tel ……………………….. fax ……………………….. indirizzo e-mail ………………………..………….

 iscrizione registro imprese di………………………………………………………..al n………………….

Numero posizione INAIL………………………………………, codice Cliente INAIL n…………………………., (nel caso in cui le posizioni INAIL siano più di una occorre allegare il relativo elenco), Numero posizione INPS, Numero Matricola INPS………………………………………………….. (nel caso in cui le posizioni INPS siano più di una occorre allegare il relativo elenco), CCNL applicato……………………………………., (di seguito denominato “operatore economico”), o alla cassa previdenziale;

□ **libero professionista**

 con studio in ………………………...(….…..) Piazza/Via ………………………………….………n…….

 P.IVA …………………….……………………………. C.F. …………………………………………………

 Tel ……………………….. fax ……………………….. indirizzo e-mail …………………..……..………….

 cassa previdenziale di …………………………………………………..n……………………………………..

# CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura di selezione finalizzata all’affidamento del **SERVIZIO DI** **SORVEGLIANZA SANITARIA E MEDICO COMPETENTE** ai sensi del D.lgs. 09/04/2008 n. 81, per la sicurezza e la salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro a favore del personale del Comune di Lavena Ponte Tresa.

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall’ art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

# DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000:

1. di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno Stato membro dell’Unione Europea;

1. di non trovarsi nelle cause di esclusione di cui all’art. 80 del D.Lgs. 50/2016 o in ogni altra situazione che possa determinare l’esclusione o l’incapacità a contrarre con la P.A.;

1. di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito il …………..… presso ………..……………………………. e del titolo di abilitazione professionale all’esercizio della professione conseguito il ………………………..;

1. di essersi iscritto all’Albo dell’Ordine dei Medici e dei Chirurghi della Provincia di ………………….……. al n. ……………… in data …………………….;

1. di essere in possesso di uno o più dei seguenti titoli previsti dall’art. 38 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.”:

□ 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 D.Lgs. 15 agosto 1991, n. 277;

□ specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale, per quei soggetti che, alla data di entrata in vigore del D.Lgs. 81/2008 (15/05/08), svolgevano le attività di medico competente o dimostrino di avere svolto tali attività per almeno un anno nell'arco dei tre anni anteriori all'entrata in vigore del citato decreto legislativo;

□ autocertificazione attestante il requisito necessario per lo svolgimento delle funzioni del Medico Competente, inerente la partecipazione al programma di educazione continua in medicina (ECM) prevista dal D.lgs n. 229/1999, con il conseguimento di almeno 70 crediti nella disciplina “medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro”;

1. di essere iscritto nell’elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali (numero ………………. data di iscrizione ……………..……..);

1. di non essere stato interdetto dai pubblici uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;

1. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti. In caso contrario, indicare le condanne riportate, gli estremi della sentenza e l’Autorità giudiziaria che l’ha emessa:

………………………………………………………………………………………………………………….……

………………………………………………………………………………………………………….……………

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

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

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

………………………………………………………………………………………………………………;

1. di non aver commesso gravi infrazioni, definitivamente accertate, alle norme in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro né in materia di contributi previdenziali ed assistenziali, nonché in relazione agli obblighi relativi al pagamento di imposte e tasse;

1. di possedere i titoli di studio e professionali richiesti e di aver maturato e svolto le esperienze professionali e gli incarichi risultanti nel *curriculum vitae-professionale* presentato;

1. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, per gli adempimenti della presente procedura;

1. di aver valutato ogni elemento per l’individuazione del lavoro da svolgersi e di essere a conoscenza di tutte le prescrizioni e condizioni previste nell’avviso esplorativo;

**(se LEGALE RAPPRESENTANTE)**

# DICHIARA

che l’incarico di medico competente sarà svolto dal Dr./Dr.ssa ……………………………………………….,

nato/a a ………………………………….……………… (………) il …………………………………………,

residente in ………………………… Piazza/Via ……………………………………….……n………….,

C.F. …………………………………………………, in possesso di tutti i requisiti sopra richiamati.

………………………, ……….………………

(Luogo) (data)

 Il Dichiarante

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega:

**1. Curriculum vitae-professionale del medico datato e firmato.**