

Modello A

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER AFFIDAMENTO DI UN INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA SANITARIA E MEDICO COMPETENTE DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VARESE

All'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Varese
Viale Milano 27 – 21100 Varese
PEC protocollo@pec.omceovarese.it

Dichiarazione sostitutiva dei requisiti ai sensi del DPR 445 / 2000

Il/La sottoscritto/a,
nato/a a (.....) il,
codice fiscale, telefono,
email

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

Ad essere invitato a partecipare alla selezione per l'affidamento di un incarico per il servizio di **sorveglianza sanitaria e medico competente** come meglio descritto nel bando di selezione, e, in proposito, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (DPR 445/2000)

D I C H I A R A

1. Che nei confronti del sottoscritto, non sussiste alcuna delle cause di esclusione di esclusione di cui agli artt. 94, 95 e 98 del Decreto Legislativo n. 36 del 2023;
2. Di essere in possesso di Laurea in medicina e chirurgia con abilitazione all'esercizio della professione ed iscrizione all'Ordine dei Medici;
3. Di essere in possesso di uno dei titoli professionali previsti dalla normativa vigente in materia e la specializzazione attinente all'oggetto dell'incarico, così come previsto dall'art. 38 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. che devono essere posseduti alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di ammissione alla selezione in oggetto;
4. Di essere iscritto nell'elenco nazionale dei medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro della Salute e delle politiche sociali;
5. di impegnarsi, in caso di affidamento dell'incarico, a produrre dichiarazione di non trovarsi nell' ipotesi di ineleggibilità e incompatibilità poste a presidio del requisito dell'indipendenza, attualmente individuate dal d.lgs 267/2000 e dal Decreto del Presidente della Repubblica del 27 febbraio 2003, n. 97, all'articolo 82 che rimanda, tuttavia, alla disciplina civilistica;
6. di impegnarsi a comunicare ogni atto modificativo della predetta dichiarazione il sopraggiungere, in qualsiasi momento nel corso del mandato, di eventuali cause di incompatibilità e/o inconfiribilità, dichiarando di essere a conoscenza che tali circostanze comporteranno la decadenza automatica dalla carica;
7. di non incorrere in alcuna ipotesi di conflitto di interessi all'accettazione dell'incarico;
8. di essere disponibile a sostenere un eventuale colloquio personale di orientamento;
9. di accettare le condizioni e le clausole contrattuali previste dall'avviso di selezione;

10. di autorizzare l'Ordine al trattamento dei dati personali per le finalità inerenti la selezione, a norma del D.Lvo 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni;
11. di essere a conoscenza che la presente istanza non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo la Amministrazione che sarà libera di seguire anche altre procedure e che la stessa Amministrazione si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di sua esclusiva competenza, il procedimento avviato, senza che i soggetti istanti possano vantare alcuna pretesa

Data

Firma

Allegati obbligatori:

- curriculum vitae
- copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità

Modello B

OFFERTA ECONOMICA PER IL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA E MEDICO COMPETENTE

Si allega corrispettivo per l'esecuzione del servizio in oggetto di cui al punto 2 dell'avviso.

INCARICO

IL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA E MEDICO COMPETENTE

EURO _____ LORDI (annuali)

Note aggiuntive all'offerta _____

Eventuali ulteriori allegati: _____

N.B.:

La dichiarazione dovrà essere sottoscritta dal Professionista.

Allegati obbligatori

-copia fotostatica di documento di identità

-DURC in corso di validità (ove previsto)

Il Professionista