



COMUNE di TREPUIZZI

(Provincia di Lecce)

(C.so Garibaldi, 10 – Tel. 0832/754111 – Fax 0832/753087 – www.comune.trepuzzi.le.it)

ALLEGATO 1 - DOMANDA DI PARTECIPAZIONE (BUSTA AMMINISTRATIVA)

Spett.le
COMUNE DI TREPUIZZI
Corso Garibaldi, 10
73019 Trepuzzi

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER L’AFFIDAMENTO AI SENSI DELL’ART. 36, COMMA 2, LETT. A) DEL DECRETO LEGISLATIVO 18 APRILE 2016 N. 50, COORDINATO CON IL DECRETO LEGISLATIVO N. 56/2017, CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI, DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA E DELLE FUNZIONI DI MEDICO COMPETENTE, EX DECRETO LEGISLATIVO 9 APRILE 2008 N. 81, COORDINATO CON IL DECRETO LEGISLATIVO 3 AGOSTO 2009 N. 106, TESTO UNICO SULLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO E SS.MM.II. PER LA DURATA DI ANNI 2 (DUE), EVENTUALMENTE RINNOVABILE PER ULTERIORI N. 1 (UNA) ANNUALITA’

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e residente a
_____ in via/corso/piazza _____, n. _____, in qualità di:

(barrare la voce che interessa)

- libero professionista;
 legale rappresentante (in caso di persona giuridica);

Denominazione comprensiva della forma giuridica e sede legale dell’Impresa/Studio

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare alla selezione pubblica per lo svolgimento del servizio di sorveglianza sanitaria e Medico Competente, ai sensi del Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro e ss.mm.ii.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Decreto Presidente della Repubblica n. 445/2000

DICHIARA

(solo in caso in caso di persona giuridica)



COMUNE di TREPUIZZI

(Provincia di Lecce)

(C.so Garibaldi, 10 – Tel. 0832/754111 – Fax 0832/753087 – www.comune.trepuzzi.le.it)

che, in caso di aggiudicazione, l'incarico di Medico Competente sarà svolto da _____;

che il suddetto medico è in possesso di tutti i requisiti individuali e professionali necessari e che alla sua persona si riferiscono le attestazioni di cui ai successivi punti nn. 3, 4, 5, 6, 11, 12;

DICHIARA

- 1) di essere nato/a a _____ il _____;
- 2) di essere residente a _____ in via/corso/piazza _____, n. ____;
- 3) di essere in possesso della laurea in _____ conseguita il _____ presso _____ in data _____;
- 4) di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici di _____ dal _____ n. _____;
- 5) di essere in possesso di uno dei seguenti titoli o requisiti previsti dall'art. 38 del Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro e ss.mm.ii.:
 - 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;
- 6) di essere iscritto/a nell'elenco nazionale dei Medici Competenti tenuto presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ai sensi dell'art. 38, comma 4 del Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro e ss.mm.ii.;
- 7) di essere cittadino/a italiano o del seguente Stato membro dell'Unione Europea: _____;
- 8) di non essere incorso/a in cause di esclusione di cui all'art. 80 del Codice dei Contratti Pubblici o in ogni altra situazione che possa determinare l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione, o di interdizione legale e/o giudiziale;



COMUNE di TREPUIZZI

(Provincia di Lecce)

(C.so Garibaldi, 10 – Tel. 0832/754111 – Fax 0832/753087 – www.comune.trepuzzi.le.it)

9) di godere dei diritti civili e politici;

10) di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel Casellario Giudiziale;

10) di essere a conoscenza di non essere sottoposto/a a procedimenti penali;

11) di non essere inibito/a per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della libera professione;

12) di non trovarsi nella condizione di cui all'art. 39, comma 3 del Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro e ss.mm.ii.;

13) di non trovarsi in situazione di conflitto di interessi con l'Amministrazione;

14) di aver preso esatta cognizione della natura e dell'entità dell'affidamento e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla sua esecuzione;

15) di aver preso visione dell'Avviso Pubblico relativo all'affidamento del servizio di cui trattasi e di accettare senza eccezioni, condizioni o riserve alcuna, tutto quanto in esso previsto e stabilito;

16) di presentare la seguente documentazione:

- *Curriculum Vitae* datato e firmato (All. 2);
- *Esperienze professionali pregresse presso Enti Pubblici* (All. 3);
- Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.

Il/La sottoscritt__ comunica inoltre i seguenti dati:

telefono _____ fax _____

PEC _____ email _____

codice fiscale _____

Partita IVA _____

Il sottoscritto/la sottoscritta dichiara che i dati sopra riportati e quelli contenuti nei documenti allegati rispondono a verità e di essere consapevole che il Comune di Trepuzzi potrà effettuare tutte le verifiche necessarie ad accertare la veridicità di quanto dichiarato.

Comune di Trepuzzi Settore Affari Generali – Tel. 0832.754239/211/210 – affarigenerali@comune.trepuzzi.le.it – segreteria.comune.trepuzzi@pec.rupar.puglia.it



COMUNE di TREPUSZI

(Provincia di Lecce)

(C.so Garibaldi, 10 – Tel. 0832/754111 – Fax 0832/753087 – www.comune.trepuzzi.le.it)

Dichiara inoltre di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Decreto Presidente della Repubblica n. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi.

DATA

FIRMA

.....

Il sottoscritto/la sottoscritta è informato/a che, ai sensi della normativa in materia di protezione dei dati (Regolamento UE n. 2016/679), Titolare del trattamento dei dati rilasciati per la partecipazione al presente Avviso è il Comune di Trepuzzi. I dati personali acquisiti saranno utilizzati per le attività connesse alla partecipazione al presente Avviso, nel rispetto degli obblighi di legge e in esecuzione di misure contrattuali o pre-contrattuali.

N.B: Si allega copia di un documento di identità in corso di validità

DATA

FIRMA

.....



COMUNE di TREPUSZI

(Provincia di Lecce)

(C.so Garibaldi, 10 – Tel. 0832/754111 – Fax 0832/753087 – www.comune.trepuzzi.le.it)

ALLEGATO 2 - CURRICULUM VITAE (BUSTA AMMINISTRATIVA)

CURRICULUM VITAE

(schema esemplificativo da seguire per redigere il Curriculum Vitae del Medico Competente)

NOME E COGNOME

DATI ANAGRAFICI

STUDI E FORMAZIONE PROFESSIONALE

(elencare dal più recente al più remoto)

Laurea: Anno : Conseguito presso:

Altre informazioni: (es. titolo tesi)

Altri titoli di studio: Anno: Conseguito presso:

Altre informazioni:

Corsi di specializzazione e aggiornamento:

Anno:Conseguito presso:

Altre informazioni:

ESPERIENZE PROFESSIONALI

(elencare dalla più recente alla più remota)

Anni: Ruolo ricoperto: Attività svolta presso (specificare l'Azienda e/o

l'Ente):.....



COMUNE di TREPUIZZI

(Provincia di Lecce)

(C.so Garibaldi, 10 – Tel. 0832/754111 – Fax 0832/753087 – www.comune.trepuzzi.le.it)

PUBBLICAZIONI

(elencare dalla più recente alla più remota)

Il sottoscritto/la sottoscritta è informato/a che, ai sensi della normativa in materia di protezione dei dati (Regolamento UE n. 2016/679), Titolare del trattamento dei dati rilasciati per la partecipazione al presente Avviso è il Comune di Trepuzzi. I dati personali acquisiti saranno utilizzati per le attività connesse alla partecipazione al presente Avviso, nel rispetto degli obblighi di legge e in esecuzione di misure contrattuali o pre-contrattuali.

DATA

FIRMA
.....



COMUNE di TREPUIZZI

(Provincia di Lecce)

(C.so Garibaldi, 10 – Tel. 0832/754111 – Fax 0832/753087 – www.comune.trepuzzi.le.it)

ALLEGATO 3 - ESPERIENZE PROFESSIONALI PREGRESSE PRESSO ENTI PUBBLICI (BUSTA AMMINISTRATIVA)

ESPERIENZE PROFESSIONALI maturate in qualità di Medico Competente
(*schema esemplificativo*)

NOME E COGNOME

dal al Ente/Azienda:

numero dipendenti:

dal al Ente/Azienda:

numero dipendenti:

dal al Ente/Azienda:

numero dipendenti:

DATA

FIRMA

.....