**(Allegato A)**

# AVVISO PUBBLICO

# Per l’affidamento del servizio di medico competente e delle visite mediche a favore del personale dipendente delle imprese edili iscritte alla Cassa Edile del Nord Sardegna secondo quanto previsto ed in ottemperanza al D. Lgs. 9 Aprile 2008 n.81

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**con valore di autocertificazione ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445/2000**

Spett.le

C.P.T. NORD SARDEGNA

Z.I. Predda Niedda Nord Str. 1/34

07100 SASSARI

.....l.....sottoscritt................................................................. Medico Competente e/o Legale Rappresentante dello Studio Associato o della Società ……………………………………………………chiede di essere ammesso/a partecipare alla selezione pubblica finalizzata al conferimento dell’incarico per lo svolgimento delle attività previste nell’**Avviso per l’affidamento del servizio di medico competente e delle visite mediche a favore del personale dipendente delle imprese edili iscritte alla Cassa Edile del Nord Sardegna secondo quanto previsto ed in ottemperanza al D. Lgs. 9 Aprile 2008 n.81.**

*Da compilare e sottoscrivere da parte del Medico Competente nel caso in cui la domanda di partecipazione dovesse essere presentata da un singolo*

…l….sottoscritto/a ........................................................, consapevole delle responsabilità penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, ai sensi degli artt. 71 e 76 D.P.R. 445/2000, dichiara quanto segue:

1. di essere nato/a ……………………….…………………………il…………………………;
2. di essere residente in Via/Piazza ……………………………………………n………………;

C.A.P.…………Città………………………………………………tel…….

1. di essere cittadino/a italiano/a;
2. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di …………………………. (oppure di non essere iscritto/a per il seguente motivo: .…………………………………………);
3. di essere in possesso:

* del diploma di laurea in ……………………………………………………………………… conseguito il…………………… presso ………………………………………………………….…
* delle seguenti specializzazioni:
* ..………………………………………………………………………………………….…
* ..………………………………………………………………………………………….…
* ..………………………………………………………………………………………….…
* ..………………………………………………………………………………………….…

1. di essere iscritto/a all’Ordine dei Medici di ……………………… dal ……................ tessera n…………
2. di non essere stato/a destituito/a dispensato/a dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione;
3. di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a dall’impiego per avere conseguito dolosamente la nomina mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
4. di non essere stato/a interdetto/a ai Pubblici Uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;
5. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti; (qualora siano state riportate condanne penali o siano pendenti procedimenti penali, devono essere indicati gli estremi della condanna riportata o del procedimento penale pendente, come indicati dalle risultanze documentali dei competenti uffici giudiziari ……………………………………………………………………………);
6. di non essere stato inibito per legge o per provvedimento disciplinare all’esercizio della libera professione; di non essere in conflitto di interessi con C.P.T. del Nord Sardegna o di non aver demeritato in precedenti incarichi;

Firma e timbro del Medico Competente

Per dichiarazione di veridicità rispetto ai punti a), b), c), d), e), f), g), h), i), j), k)

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

*Da compilare e sottoscrivere da parte di ciascun Medico Competente nel caso in cui la domanda di partecipazione dovesse essere presentata da uno Studio Associato o da una Società*

…l….sottoscritto/a ........................................................, consapevole delle responsabilità penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, ai sensi degli artt. 71 e 76 D.P.R. 445/2000, dichiara quanto segue:

1. di essere nato/a ……………………….…………………………il…………………………;
2. di essere residente in Via/Piazza ……………………………………………n………………;

C.A.P.…………Città………………………………………………tel…….

1. di essere cittadino/a italiano/a;
2. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di …………………………. (oppure di non essere iscritto/a per il seguente motivo: .…………………………………………);
3. di essere in possesso:

* del diploma di laurea in ……………………………………………………………………… conseguito il…………………… presso ………………………………………………………….…
* delle seguenti specializzazioni:
* ..………………………………………………………………………………………….…
* ..………………………………………………………………………………………….…
* ..………………………………………………………………………………………….…
* ..………………………………………………………………………………………….…

1. di essere iscritto/a all’Ordine dei Medici di ……………………… dal ……................ tessera n…………
2. di non essere stato/a destituito/a dispensato/a dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione;
3. di non essere stato/a dichiarato/a decaduto/a dall’impiego per avere conseguito dolosamente la nomina mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
4. di non essere stato/a interdetto/a ai Pubblici Uffici a seguito di sentenza passata in giudicato;
5. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti; (qualora siano state riportate condanne penali o siano pendenti procedimenti penali, devono essere indicati gli estremi della condanna riportata o del procedimento penale pendente, come indicati dalle risultanze documentali dei competenti uffici giudiziari ……………………………………………………………………………);
6. di non essere stato inibito per legge o per provvedimento disciplinare all’esercizio della libera professione; di non essere in conflitto di interessi con C.P.T. del Nord Sardegna o di non aver demeritato in precedenti incarichi;

Firma e timbro del Medico Competente

Per dichiarazione di veridicità rispetto ai punti a), b), c), d), e), f), g), h), i), j), k)

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

N.B. Rimuovere la parte indicata in azzurro o in verde che non è stata compilata

….l… sottoscritto/a dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le clausole contenute nell’Avviso pubblico pubblicato da C.P.T. Nord Sardegna allegandone copia debitamente sottoscritta in ogni pagina.

….l… sottoscritto/a dichiara di essere in possesso/di avere la disponibilità di un locale idoneo sito nel comune di Sassari e di un locale idoneo sito nel comune di Olbia, nonché di avere tutta l’attrezzatura medica e tecnica necessaria per l’espletamento dell’incarico;

….l… sottoscritto/a dichiara di impegnarsi a rilasciare polizza di responsabilità civile e professionale verso terzi, per i rischi derivanti dallo svolgimento dell’attività di cui trattasi, per un massimale minimo di € 1.000.000,00, con massimale per sinistro di almeno € 500.000,00 entro e non oltre 15 gg. dalla comunicazione di affidamento incarico.

Comunica che l’indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) al quale deve essere inviata ogni necessaria comunicazione è il seguente:

….…………………………………………………………………………….…

Allega alla presente:

1. Curriculum Vitae riguardante gli studi e le esperienze professionali;
2. Copia dell’Avviso pubblico debitamente sottoscritto in ogni pagina;
3. Offerta Economica (rilasciata sul modello Allegato B dell’Avviso);
4. Fotocopia documento d’identità in corso di validità;

Sassari, ….…………

Firma e timbro del Medico Competente

o del Legale Rappresentante dello Studio Associato o della Società

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