

**AVVISO PUBBLICO PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI MEDICO COMPETENTE E DI SORVEGLIANZA SANITARIA A FAVORE DI ALER BERGAMO LECCO SONDRIO PER IL PERIODO DI 5 (CINQUE) ANNI.**

<b>DOMANDA DI PARTECIPAZIONE</b>
----------------------------------

DA COMPILARE IN CARTA SEMPLICE

**SPETT.LE AZIENDA LOMBARDA  
PER L’EDILIZIA RESIDENZIALE  
DI BERGAMO–LECCO-SONDRIO**

Il/La sottoscritto/a .....

nella qualità di .....

Libero/a professionista iscritto/a all’Albo .....

legale rappresentante di .....

chiede di essere ammesso/a a partecipare alla selezione in oggetto.

A tal fine, consapevole della decadenza dai benefici e della responsabilità penale, previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 e successive modificazioni, nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti o uso di atti falsi, dichiara:

- Cognome ..... Nome .....
- data di nascita ..... Comune di nascita ..... Prov. ....
- Comune di residenza ..... Prov. ....
- Via/P.zza ..... n. .... C.A.P. ....
- telefono .....
- email .....
- pec .....
- di godere dei diritti civili e politici;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di un altro Paese appartenente all’Unione Europea, oppure di essere un familiare di un cittadino italiano o di altro Paese appartenente all’Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno Stato membro ma titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, oppure di essere un cittadino di Paesi terzi titolare del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
- di essere in possesso del titolo o dei titoli di studio richiesti dal presente avviso pubblico (posso di laurea in medicina e chirurgia con abilitazione all’esercizio della professione ed iscrizione all’Ordine);
- di essere in possesso dei requisiti previsti dagli artt. 38 e ss. del D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.;
- di non aver riportato condanne penali che comportino l’incapacità di contrarre con la P.A., l’interdizione dai pubblici uffici o che incidano sulla moralità professionale;

- di non essere stato destituito, dispensato o dichiarato decaduto dall'impiego presso una pubblica amministrazione e di non essere stato licenziato da altro impiego statale ai sensi della normativa vigente, per aver conseguito l'impiego mediante produzione di documenti falsi e, comunque, con mezzi fraudolenti, ovvero per aver sottoscritto il contratto individuale di lavoro a seguito della presentazione di documenti falsi;
- di non incorrere in alcune delle cause di incompatibilità o di conflitto di interessi rispetto all'incarico;
- di essere iscritto alla piattaforma SINTEL di Regione Lombardia.
- di non incorrere nelle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016;
- di essere iscritto a C.C.I.A.A. o in registri equivalenti, se residenti in altri stati membri, oppure presso i competenti ordini professionali;
- di essere in possesso della regolarità fiscale, tributaria e previdenziale;
- di essere in possesso di polizza assicurativa a copertura dei rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale che assicuri copertura per l'attività specifica di Medico Competente e di sorveglianza sanitaria;
- di avere comprovata competenza professionale almeno quinquennale precedente la data di pubblicazione dell'Avviso, nell'ambito dell'incarico di cui all'Avviso;
- di avere un fatturato globale e complessivo nell'ultimo triennio precedente la data di pubblicazione dell'Avviso non inferiore ad euro 21.000,00;
- di essere iscritto presso il competente Ordine professionale a far data dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa);
- di aver svolto i seguenti incarichi quale Medico Competente in enti o azienda private nell'ultimo triennio precedente la data di pubblicazione dell'Avviso:

N.	Dal gg/mm/aaaa	Al gg/mm/aaaa	n. mesi	Committente	Oggetto dell'incarico
1					
2					
3					
4					
	Tot. mesi				

- di aver partecipato ai seguenti master/corsi di specializzazione certificati in materia di medicina del lavoro nell'ultimo triennio precedente la data di pubblicazione dell'Avviso:

N.	Durata del corso/master		Denominazione del corso/master	Tipologia (corso, master, etc...)	Ente organizzatore
	Dal gg/mm/aaaa	Al gg/mm/aaaa			
1					
2					

3					
4					
5					
6					

- di aver svolto i seguenti incarichi di docenza in convegni e seminari sulle tematiche di medicina del lavoro nell'ultimo triennio precedente la data di pubblicazione dell'Avviso:

N.	Durata prestazione	Committente	Natura della prestazione	Oggetto della docenza
	Dal gg/mm/aaaa			
1				
2				
3				
4				
5				

- di aver pubblicato le seguenti monografie/articoli pubblicazioni in materia di medicina sul lavoro:

N.	Anno di pubblicazione	Autore/i	Titolo della pubblicazione e Editore	
			Articoli/Contributo	Monografie
1				
2				
3				
4				
5				
6				

**Nel caso di associazione professionale o di società tra professionisti, il componente che verrà incaricato personalmente e direttamente di svolgere l'incarico dovrà essere totalmente in possesso dei requisiti richiesti nell'Avviso**

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda il curriculum professionale datato e sottoscritto, anche in formato digitale, nonché la copia fotostatica del documento di identità e chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

PEC \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

---

(\*) Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 la sottoscrizione di istanze e dichiarazioni non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente a copia fotostatica di un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità.