

Alla
CAMERA DI COMMERCIO INDUSTRIA
ARTIGIANATO E AGRICOLTURA DI MODENA
Via Ganaceto, 134
41121 MODENA

**Oggetto: DICHIARAZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'ESPLETAMENTO DEL SERVIZIO DI
MEDICO COMPETENTE E SORVEGLIANZA SANITARIA AI SENSI DEL D. LGS. 81/2008.**

Il/la sottoscritta _____
nato/a a _____ il _____
in qualità di _____
(se trattasi di operatore economico/impresa/studio professionale)
con residenza/sede legale in _____ via _____
recapito telefonico _____
codice fiscale/partita I.V.A. della _____
codice attività/autorizzazione _____

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. N. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

all'affidamento del servizio di Medico Competente e Sorveglianza Sanitaria ai sensi del D. Lgs. 81/2008 della C.C.I.A.A. di Modena, e

DICHIARA

- di essere in possesso dei dati anagrafici e fiscali sopra riportati;
- di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data _____
presso L'Università degli Studi di _____ con la votazione di _____

ed abilitazione all'esercizio della professione conseguita in data _____
presso _____

- di essere iscritto/a al n. _____ del _____ nell'Elenco dei Medici Competenti istituito presso il Ministero della Salute;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi di _____ dal _____ con il numero _____
- di essere iscritto/a alla C.C.I.A.A. per la fornitura di servizi corrispondenti a quelli oggetto dell'avviso e di avere alle proprie dipendenze o in rapporto di collaborazione continuativa un Medico Competente in possesso dei requisiti di qualificazione e abilitazione professionale specifica richiesti dalla normativa in vigore (*in caso di soggetto collettivo*);
- di essere possesso di uno dei seguenti titoli o requisiti previsti dall'art. 38 del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i. (barrare la voce che interessa);
 - specializzazione in Medicina del Lavoro o in Medicina Preventiva del 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;
- di non trovarsi nella condizione di cui all'art. 39 , comma 3, del D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.;
- di non essere incorsi 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 al P.A.;
- di non essere stato/a inibito/a per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della libera professione;
- di essere in regola con la normativa che disciplina il lavoro dei disabili;
- di rispondere all'osservanza delle condizioni economiche e normative dei lavoratori previste dai contratti collettivi nazionali ed integrativi territoriali in vigore per il settore e per la zona nella quale si eseguono le prestazioni;

- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori dipendenti e di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento di imposte e tasse;
- di essere a conoscenza che lo svolgimento dell'incarico sarà effettuato presso la sede della C.C.I.A.A. di Modena, il locali messi a disposizione dall'Ente camerale, presso i quali a proprie spese, allestirà un ambulatorio dotato di adeguata attrezzatura per lo svolgimento dell'incarico;
- di possedere idonea assicurazione professionale;

DICHIARA ALTRESI'

di aver preso visione e di accettare integralmente tutte le condizioni contenute nell'avviso;

di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui al titolo III, capo I del d. Lgs. n. 196/2003, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per gli eventuali procedimenti amministrativi e giurisdizionali conseguenti.

_____ lì _____

IL DICHIARANTE

(firma)

La presente dichiarazione deve essere accompagnata da copia fotostatica di un documento di riconoscimento del sottoscrittore, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.