

CROCE ROSSA ITALIANA
Comitato dell'Insubria
Via del Carso, 29
21049 Tradate (VA)

Oggetto: Domanda di partecipazione alla selezione di medico competente per l'esercizio della sorveglianza sanitaria previsto dal D.lgs 81/2008

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ e residente in _____ via _____

Cap _____ codice fiscale _____

indirizzo di posta elettronica _____ rappresentante legale della Società

_____ sede in _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di selezione in qualità di Medico Competente del Lavoro di cui al bando citato in oggetto.

Data e firma

CROCE ROSSA ITALIANA
Comitato dell'Insubria
Via del Carso, 29
21049 Tradate (VA)

Oggetto: Dichiarazione sostitutiva

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente in _____ via _____

cap _____ con domicilio in _____

codice fiscale e partica I.V.A. _____

telefono _____ fax _____

email ordinaria _____ rappresentante legale della

società _____ sede in via _____

consapevole, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 455/2000, della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione ed uso di atti falsi; nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione lo scrivente decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

DICHIARA

1. di non trovarsi, né essersi trovati in alcuna delle condizioni di esclusione di cui art. 38, primo comma, letto a) b) c) d) del D.lgs n. 162/2006.
2. di non aver commesso violazioni, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui sono stabiliti;
3. di non aver reso false dichiarazioni;
4. di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui sono stabiliti; non trovarsi, in ogni caso, in nessuna ipotesi di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione ai sensi delle norme vigenti;
5. di aver preso visione di tutte le circostanze generali e particolari che possono avere influito sulla formulazione dell'offerta e che possono influire sull'espletamento del servizio;
6. di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni ed avere i requisiti necessari contenuti nel presente bando.

Luogo e data

Firma del legale rappresentante

Si allega documento d'identità del legale rappresentante

CROCE ROSSA ITALIANA
Comitato dell'Insubria
Via del Carso, 29
21049 Tradate (VA)

Oggetto: Offerta tecnica

La società _____ compila, sotto la propria personale responsabilità, la seguente griglia di valutazione (le esperienze devono essere esplicitamente dichiarate nel curriculum vitae allegato alla candidatura):

Indicazione delle esperienze di Medico Competente più rilevanti

1
2
3
4

Allegare relazione tecnica sul servizio offerto (max 10 pagine): titoli, capacità organizzative, prestazioni di miglioramento del servizio

Data e firma del legale rappresentante

CROCE ROSSA ITALIANA
 Comitato dell'Insubria
 Via del Carso, 29
 21049 Tradate (VA)

Oggetto: Offerta economica

La società _____ compila, sotto la propria personale responsabilità, la seguente griglia:

Prestazione	Importo lordo richiesto
<p>Sorveglianza Sanitaria annuale che comprende: - acquisizione dell'incarico annuale - collaborazione nella valutazione rischi - elaborazione programma sanitario - relazione ed analisi esito valutazione - istituzione caselle sanitarie - elaborazione giudizi di idoneità - consulenza telefonica - tenuta scadenzario visite ed esami</p> <p><i>(importo compreso IVA e di qualsiasi altro onere)</i></p>	
<p>Diritto di uscita personale c/o nostre sedi</p> <p><i>(importo compreso IVA e di qualsiasi altro onere)</i></p>	
<p>Riunione periodica annuale che comprende: - esposizione del protocollo sanitario e relazionamento sull'esito delle visite in termini di idoneità o meno alle mansioni)</p> <p><i>(importo compreso IVA e di qualsiasi altro onere)</i></p>	
<p>Visita medica per impiegati che comprende: - visita medica - screening ergolfthalmico (visiotest) - VFR</p> <p><i>(importo compreso IVA e di qualsiasi altro onere)</i></p>	
<p>Visita medica periodica per Autisti/Soccorritori/Addetti che comprende: - visita medica - valutazione del rachide - valutazione alcoologica</p> <p><i>(importo compreso IVA e di qualsiasi altro onere)</i></p>	
<p>Esame Spirometrico</p> <p><i>(importo compreso IVA e di qualsiasi altro onere)</i></p>	
<p>Elettrocardiogramma</p> <p><i>(importo compreso IVA e di qualsiasi altro onere)</i></p>	

Data e firma del legale rappresentante

CROCE ROSSA ITALIANA
Comitato dell'Insubria
Via del Carso, 29
21049 Tradate (VA)

Oggetto: INFORMATIVA ai sensi del GDPR 679/2016

In applicazione GDPR 679/2016 i dati personali sono trattati in modo lecito, secondo correttezza e con adozione di idonee misure di protezione relativamente all'ambiente in cui vengono custoditi, al sistema adottato per elaborarli, ai soggetti incaricati del trattamento.

Titolare del Trattamento dei dati è il Presidente, quale Rappresentante Legale.

I dati possono essere comunque trattati in relazione ad adempimenti relativi o connessi alla gestione del progetto.

I dati in nessun caso vengono comunicati a soggetti privati senza il preventivo consenso scritto dell'interessato.

Al soggetto interessato sono riconosciuti il diritto di accesso ai dati personali e gli altri diritti definiti dall'art. 7 del D.Lgs 196/03.

__I__ sottoscritt__, esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente richiesta possano essere trattati nel rispetto del GDPR per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

__ I _ sottoscritt_ esprime il consenso al trattamento dei dati personali del presente bando

Data _____

Firma del richiedente
