

(modello A – richiesta di invito)

Spett.le
A.S.P. COMUNI MODENESI
AREA NORD
Via Posta Vecchia, 30
41037 Mirandola

AVVISO ESPLORATIVO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALL’AFFIDAMENTO DIRETTO DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA DEI DIPENDENTI DI A.S.P. COMUNI MODENESI AREA NORD AI SENSI DEL D.LGS. n. 81/2008 - (CIG 900960406D)

Il sottoscritto	
Codice fiscale	
Data e luogo di nascita	
Residenza	
Denominazione studio	
Sede studio	
Partita IVA	
Indirizzo e-mail	
Indirizzo pec	

DICHIARA

Il proprio interesse ad essere invitato alla procedura di gara per l'affidamento del servizio di sorveglianza sanitaria, ai sensi del D.Lgs. 81/2008, in oggetto,

e di partecipare come (**barrare la casella interessata**):

- ☐ Libero professionista singolo in possesso dei requisiti di cui all'art. 38 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.;
- ☐ società di medici professionisti, di cui il Dr. _____ è in possesso dei requisiti di cui all'art 38 del D.Lgs. 81/2008 ed è designato come Medico competente;
- ☐ società fornitrice di servizi (comprensivi di sorveglianza sanitaria), di cui il Dr. _____ è in possesso dei requisiti di cui all'art 38 del D.Lgs. 81/2008 ed è designato come Medico competente;
- ☐ raggruppamento temporaneo o consorzio ordinario:
 - ☐ già costituito, il cui nominativo che svolgerà l'attività di medico competente è il Dr. _____;
 - ☐ da costituirsi, il cui nominativo che svolgerà l'attività di medico competente verrà successivamente indicato non appena designato;

formato da:

Denominazione o Ragione sociale	Sede legale	Parte della prestazione da eseguire	% attività svolta	In qualità di
			%	IMPRESA CAPOGRUPPO
			%	IMPRESA MANDANTE
			%	IMPRESA

				MANDANTE
--	--	--	--	----------

che tutte le comunicazioni di cui al presente procedimento, ai sensi dell'art. 76 del D.Lgs 50/2016 e ss.mm.ii., vengano indirizzate al seguente domicilio eletto:

Comune e CAP	
Provincia	
Indirizzo (Via/Piazza, n. civico)	
Telefono	
Indirizzo di posta elettronica	
Indirizzo di posta certificata (PEC)	

A tal fine si autorizza l'Amministrazione a utilizzare il numero di posta certificata sopra indicato per l'inoltro di tutte le comunicazioni relative alla presente procedura

DICHIARA

(ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, e informato ex art. 13 del D. Lgs. 196/2003)

(N.B. crocettare tutte le caselle che interessano)

- ☐ di non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione previste nell'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 ss.mm.ii.;
- ☐ di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia con abilitazione all'esercizio della professione;
- ☐ di essere iscritto al relativo Ordine dei Medici;
- ☐ di essere in possesso di uno dei titoli o requisiti prescritti dall'art. 38 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.
- ☐ di essere iscritto nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero della Salute

oppure

- ☐ che il medico designato è in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia con abilitazione all'esercizio della professione;
- ☐ che il medico designato è iscritto al relativo Ordine dei Medici
- ☐ che il medico designato è in possesso di uno dei titoli o requisiti prescritti dall'art. 38 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.;
- ☐ che il medico designato è iscritto nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero della Salute
- ☐ ***(da compilare solo per le società)*** di essere iscritto nel registro delle Imprese della Camera di Commercio, Industria, Agricoltura, Artigianato di _____ ed attesta i seguenti dati:
Denominazione esatta: _____

N. e data iscrizione alla CCIAA: _____

Forma giuridica: _____

Oggetto sociale: _____

- ☐ **(per i soli soggetti fisici)** essere libero professionista o comunque esercitare l'attività in modo professionale;
- ☐ di non essere nelle condizioni di inconferibilità ed incompatibilità di cui al D.Lgs. 8/4/2013 n. 39;
- ☐ di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- ☐ di non aver subito provvedimenti giudiziali relativi ad inadempimenti contrattuali per incarichi assunti con la Pubblica Amministrazione;
- ☐ di avere una sede/ambulatorio nel territorio del Distretto sanitario di Mirandola, ove effettuare le prestazioni richieste, ovvero impegnarsi ad attivarla prima della stipula del contratto qualora la sede dell'offerente non si trovi nell'ambito di operatività di A.S.P.
- ☐ di essere in regola con il pagamento di imposte, tasse e contributi in favore dell'erario, di enti pubblici e della cassa previdenziale;
- ☐ di aver preso visione e accettato le disposizioni e condizioni contenute nell'avviso pubblico di cui all'oggetto.

Luogo e Data

Il Professionista / Il Legale rappresentante
(timbro e firma)

La sottoscrizione dovrà essere autenticata ai sensi di legge oppure, in alternativa, dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento valido di identità del sottoscrittore, a pena di esclusione.

In caso di RTP, Consorzio o Raggruppamento Temporaneo non ancora costituito, la presente dichiarazione deve essere presentata e sottoscritta da tutti i legali rappresentanti dei concorrenti impegnati a costituirlo.