

Al Dirigente Scolastico  
Dell'IC "Garibaldi-Montalcini"  
Via Delle Rimembranze n. 72  
Vairano Patenora (CE)

Oggetto: Presentazione candidatura assegnazione incarico Medico competente -  
**CIG n. Z201C03328**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante della Ditta  
\_\_\_\_\_ con sede in  
\_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ) Via/Piazza \_\_\_\_\_  
P.IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_,

dichiara

1. di essere in possesso dei requisiti previsti nel bando e di essere interessato all'assunzione dell'incarico di Medico competente dell'Istituto Comprensivo "Garibaldi Montalcini" di Vairano Patenora (CE).
2. di aver preso piena ed integrale visione, ed accettare senza condizione e riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nel Bando e di ogni allegato ai medesimi.
3. di essere a conoscenza di tutte le circostanze generali e particolari e di tutti gli oneri previsti che possono influire sullo svolgimento del servizio e di aver ritenuto di poter partecipare alla gara con un'offerta ritenuta remunerativa e comunque tale da permettere il regolare espletamento del servizio stesso;
4. di essere informato/i, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e di autorizzare espressamente tale trattamento;
5. che il recapito per le comunicazioni relative al presente bando è il seguente:

.....  
con sede in..... (Prov. di .....)  
c.a.p. .... Via/Piazza.....n.  
telefono n. .... fax n.....  
e.mail.....  
posta certificata .....

6. autorizzando la stazione appaltante a trasmettere le comunicazioni a detto numero di fax e/o indirizzo di posta elettronica, sollevando l'Istituto Comprensivo "Garibaldi Montalcini" di Vairano Patenora (CE) da qualsiasi responsabilità in ordine alla mancata conoscenza delle comunicazioni così inviate.

**Dichiara inoltre di possedere i seguenti requisiti:**

- Laurea in .....  
conseguita presso l'Università .....  
nell'anno accademico ..... con la votazione di  
.....
- Iscrizione Ordine Professionale..... presso  
.....
- Attestato di frequenza a corsi di Specializzazione in materia di igiene e salute rilasciato da  
.....
- Altre esperienze nell'ambito scolastico:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
- Altre in altri pubblici e/o privati:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Allegati:**

- 1 - curriculum in formato europeo;
- 2 - dichiarazione tracciabilità flussi finanziari;
- 3 - copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore della domanda.

Data

In fede (timbro e firma)



All'Istituto Comprensivo  
"Garibaldi Montalcini"  
Via Delle Rimembranze 72  
Vairano Patenora (CE)

PROCEDURA INDIVIDUAZIONE MEDICO COMPETENTE  
**CIG Z201C03328**

ALLEGATO B

- Offerta economica :

<b>PRESTAZIONE</b>	<b>IMPORTO RICHIESTO</b>
Incarico annuale medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie (indicare importo complessivo triennale)	
Importo richiesto per visita medica dipendente (se trattasi di importi diversi a seconda del profilo professionale indicare importo medio) compreso eventuale costo per uscita	

Data

In fede (timbro e firma)