

**AL COMUNE DI PATTI
RESPONSABILE DEL 1° SETTORE
AREA AFFARI GENERALI
PIAZZA SCAFFIDI N.1
98066 PATTI**

**DOMANDA DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER INVITO A PROCEDURA
NEGOZIATA AI SENSI ART. 36, COMMA 2, DEL D.LGS 50/2016 PER L'AFFIDAMENTO
DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA E MEDICO COMPETENTE AI SENSI
DEL D. LGS. 09.04.2008 N. 81 E S.M.I.**

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
di essere nato/a a _____ (_____) (_____) (prov.)
(luogo)
il _____ C.F. _____
di essere residente a _____ (_____) (_____) (prov.)
(luogo)
in via _____ n. _____ cap _____
Telefono _____ Cellulare _____
Email: _____ Indirizzo PEC: _____

CHIEDE

di essere invitato alla procedura negoziata ai sensi art. 36, comma 2 lettera b), del d.lgs 50/2016 per l'affidamento del servizio di medico competente secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato d.p.r. 445/2000, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

- ✓ di essere in possesso del titolo di studio di:
laurea in _____
conseguita a _____ presso l'Ateneo _____
nell'anno _____ con votazione _____;
in caso di laurea equipollente dichiarare gli estremi del *provvedimento di riconoscimento di equipollenza*: _____

- in caso di titolo estero dichiarare gli estremi del *provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri*: _____
- ✓ Di essere iscritt_ all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri col numero _____
dal _____;
- ✓ di essere in possesso di uno dei seguenti titoli previsti dall'art. 38 del Decreto Legislativo 9 aprile

2008, n. 81 e s.m.i., per assumere le funzioni di “medico competente”:

- ☐ Specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei 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 ed igiene del lavoro o in clinica del lavoro;
- ☐ Autorizzazione a svolgere attività di medico competente rilasciata dall'assessorato regionale competente per territorio di cui all'art. 55 del D. Lgs. 15 agosto 1991 n.277;
- ☐ Specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale, esclusivamente per quei soggetti che alla data in vigore del D.lgs. 81/2008 (15 maggio 2008) svolgano attività di medico competente o dimostrino di avere svolto tali attività per almeno un anno nell'arco dei tre anni anteriori all'entrata in vigore del Dlgs.81/2008;
- ☐ Iscrizione nell'elenco nazionale dei medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro della Salute e delle politiche sociali (D.M. 4 Marzo 2009);
- ✓ 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 la P.A.;

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

- ✓ di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 e del Regolamento UE 2016/679, per gli adempimenti della presente procedura.

Eventuali comunicazioni riguardanti il presente procedimento dovranno essere inviate al seguente indirizzo via _____ n. _____ città _____

Indirizzo PEC: _____

Allega alla presente documentazione:

- ✓ **Fotocopia (fronte/retro) del documento di identità del/della sottoscritto/a;**

- ✓ **Allegato sub A debitamente sottoscritto;**

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

(Luogo e data)

Il/la dichiarante _____
(Firma per esteso e leggibile)