

AL COMUNE DI CECCANO

PIAZZA MUNICIPIO, 1

03023 CECCANO

**Oggetto: Conferimento dell'incarico professionale di Medico Competente del Comune di Ceccano**

VISTO l'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico specificato in oggetto;

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a.....

Prov.....il.....residente in.....Prov.....

via.....n.....tel.....Cod.

Fiscale.....

dichiara di essere disponibile al conferimento dell'incarico professionale presso il Comune di Ceccano, **con compiti del Medico Competente D.Lgs n. 81/2008 e s.m.i., per lo svolgimento dell'attività di sorveglianza sanitaria.**

A tale proposito, consapevole delle responsabilità penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara quanto segue:

- 1) di essere cittadino/a italiano/a o di uno Stato appartenente alla Unione Europea, fatte slave le eccezioni di cui al D.P.C.M. 7.2.1994 n. 174;
- 2) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di.....;
- 3) di possedere l'idoneità psico-fisica al servizio;
- 4) di godere dei diritti civili e politici;
- 5) di non aver riportato condanne penali (in caso contrario indicare le eventuali condanne riportate);
- 6) di non trovarsi in alcuna situazione di inibizione per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della professione;
- 7) di non trovarsi in alcuna condizione di incapacità a contrattare con la pubblica amministrazione;

8) di essere in possesso del seguente titolo di studio  
.....;

9) di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di cui all'art. 4 dell'avviso:  
.....;

10) di possedere i titoli e di aver maturato le esperienze professionali risultanti dall'allegato curriculum vitae-professionale;

11) di aver preso visione del presente avviso e di essere a conoscenza di tutte le prescrizioni e condizioni ivi previste;

12) di accettare **incondizionatamente** tutte le norme del presente avviso dopo averne preso visione di ogni singolo punto.

Allega alla presente domanda:

fotocopia di un documento di identità in corso di validità (pena l'esclusione);

curriculum professionale

Dichiara di voler ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente procedura al seguente domicilio:

.....

telefono ..... cellulare.....

e-mail .....

Dichiara, infine, di acconsentire, ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs n. 196/2003(privacy), al trattamento dei dati forniti per le finalità che costituiscono l'oggetto della presente istanza.

....., lì.....

Firma

.....

AL COMUNE DI CECCANO  
PIAZZA MUNICIPIO, 1  
03023 CECCANO

**Oggetto: Offerta economica per il conferimento dell'incarico professionale di Medico Competente del Comune di Ceccano**

VISTO l'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico specificato in oggetto;

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a.....

Prov.....il.....residente in.....Prov.....

via.....n.....tel.....

Cod. Fiscale....., presenta la seguente

OFFERTA

PRESTAZIONE	N. PRESTAZIONI PRESUNTE	COSTO UNITARIO	COSTO COMPLESSIVO	PREZZO UNITARIO OFFERTO	COSTO COMPLESSIVO OFFERTO
SORVEGLIANZA SANITARIA	120	€ 50	€ 6000		
VISITA MEDICA	120	€ 50	€ 6000		
ESAME AUDIOMETRICO	40	€ 25	€ 1000		
ESAME SPIROMETRICO	40	€ 20	€ 800		
VISIOTEST	100	€ 20	€ 2000		
ESAMI BIOUMORALI	75	€ 30	€ 2250		
CDT	65	€ 45	€ 2925		
ESAME ELETTROCARDIOGRAFICO	50	€ 25	€ 1250		
DRUG TEST	65	€ 55	€ 3575		
PIOMBEMIA + HBCO	20	€ 38	€ 760		
VACCINAZIONE ENTIEPATITE B (1 dose)	20	€ 40	€ 800		
VACCINAZIONE ANTITETANICA	20	€ 20	€ 400		
TOTALE	=====	=====	€ 27.760	=====	

Ribasso percentuale rispetto al prezzo a base d'asta € 27.760 pari al \_\_\_\_%  
I prezzi sono al netto di IVA

FIRMA \_\_\_\_\_

Allegare copia del documento di riconoscimento

