# MODULO DELL’OFFERTA

Il sottoscritto.....................................................................................nato a................................................................

Il..........................................................., in qualità di....................................................................................................

Con sede in .....................................................................................................................,.............................................

C.F.....................................................................................Partita IVA...........................................................................

**OFFRE**

1. partecipazione alle riunioni periodiche di prevenzione e protezione dai rischi con comunicazione ai rappresentanti per la sicurezza dei risultati anonimi collettivi degli accertamenti clinici e strumentali effettuati con indicazioni sul significato di detti risultati: €... ... ... ...... ................
2. verifica e ispezione degli ambienti di lavoro almeno una volta all’anno congiuntamente al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione dai rischi e partecipazione alla programmazione del controllo all'esposizione dei lavoratori: €... ... ...... ......
3. collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione, sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione dei servizi, delle attività e delle situazioni di rischio: €……………….
4. predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori: €..................................
5. formulazione dei giudizi di idoneità alla mansione specifica al lavoro (in caso di giudizio di inidoneità parziale, temporanea o totale di un lavoratore, sarà compilata comunicazione scritta esplicativa per l'azienda, nel rispetto del segreto professionale, e per il soggetto interessato): €..................................
6. effettuazione di visite mediche preventive, periodiche, su richiesta del lavoratore o del datore di Iavoro: €……………………………………
7. istituzione ed aggiornamento, per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria, della cartella sanitaria individuale di rischio, da custodire presso la sede centrale dell’istituto con salvaguardia del segreto professionale: €………………………………..
8. collaborazione alla predisposizione del Servizio di Primo Soccorso: €……………………………….
9. collaborazione, ove necessario, all’attività di formazione e informazione.

Data

................................ . ... . .............

Il concorrente

Al Dirigente Scolastico dell’I.C. “A. TEDESCHI”

di SERRA SAN BRUNO

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

Nato/a………………………………………………………………………………………..il ……………………………………………………………..

Codice fiscale ....................................................................................................................................................

Titolare della ditta………………………………………………………………………………………………………………………………………..

P. IVA……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefono……………………………………………………………. Cell………………………………………………………………………………….

Email……………………………………………………………………………………………………………..

Indirizzo a cui inviare eventuali comunicazioni relative alla selezione

Via……………………………………………………………………..CAP………………Città…………………………………………Prov……….

CHIEDE

di partecipare alla selezione per la stipula di una convenzione per diverse tipologie di funzioni rientranti nelle prerogative del medico competente.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale e della decadenza da eventuali benefici acquisiti nel caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, quanto segue:

* di essere cittadino/a;
* di essere in godimento dei diritti politici;
* di essere dipendente della seguente Amministrazione:
* ovvero di non essere dipendente di alcuna Amministrazione Pubblica
* di non aver subito condanne penali
* di non avere procedimenti penali pendenti
* di possedere la laurea in medicina e chirurgia conseguita presso l’università degli studi di

……………………………………………………..il…………………………con voto……………….

* di essere in possesso del/dei seguente/i requisito/i

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tra quelli previsti all’art. 38 c. 1 del D.L.vo 81/2008 e essere in regola con quanto disposto nei successivi comuni del medesimo articolo.

Il/La sottoscritto/a autocertifica la veridicità delle informazioni fornite.

Il/La sottoscritto/a consente il trattamento dei propri dati, anche personali, ai sensi del D. Lg.vo 30/06/2003, n. 196, per le esigenze e le finalità dell’incarico di cui alla presente domanda.

Data ............................................

Firma………………………………………………………………………