Spett.le Ente Parco delle Madonie
C.so Paolo Agliata, 16
90027 Petralia Sottana (PA)
parcodellemadonie@pec.it

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA E LE FUNZIONI DI MEDICO COMPETENTE AI SENSI DEGLI ARTT. 25 e 41 DEL D.LGS N. 81/2008. DICHIARAZIONE REQUISITI.

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____ (_____) residente a _____ (_____) Via _____ codice fiscale _____ in qualità di _____ della ditta/società _____ con sede legale (*opp. con studio*) in _____ - _____ (_____) Cap _____ Via _____ con sede operativa in _____ (_____) Cap _____ Via _____ Codice Fiscale _____ Partita IVA _____ tel. n° _____ fax n° _____ indirizzo PEC _____ per l’invio di comunicazioni.

sotto la propria responsabilità – a norma degli articoli 46-47 del DPR 28.12.2000 n. 445 - e nella consapevolezza che le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000),

MANIFESTA

il proprio interesse e chiede di essere invitato a partecipare alla selezione di professionisti per l’invio della richiesta a presentare preventivo al fine dell’affidamento del servizio di sorveglianza sanitaria sui luoghi di lavoro e le funzioni di medico competente, ai sensi degli artt. 25 e 41 D. Lgs. 81/2008 e s.m.i., presso l’Ente Parco delle Madonie in Petralia Sottana (PA) per anni tre – avendo preso conoscenza di quanto indicato nella manifestazione di interesse e di accettarne, incondizionatamente, tutte le condizioni contenute. e conseguentemente:

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., consapevole, altresì, di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall’amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che non sussistono le condizioni di cui all’art. 53, comma 16-ter, del D. Lgs. n. 165/2001 o ogni altra situazione che, ai sensi della normativa vigente, determini l’esclusione dalle gare di appalto e/o l’incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- che l’impresa/il libero professionista è in regola con il pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali e risulta iscritta presso le competenti sedi ENPAM/INPS e INAIL, n. matricola/iscrizione ENPAM/INPS....., n. mat. Inail e di applicare il CCNL di pertinenza;

- di disporre di locale idoneo ad effettuare le visite e gli esami previsti, posto in immobile conforme alle vigenti disposizioni in materia, e/o di avvalersi di struttura sanitaria mobile idonea per effettuare gli accertamenti presso la sede dell'Ente;
- di accettare incondizionatamente e senza riserve tutto quanto indicato nella manifestazione di interesse e di aver preso esatta cognizione della natura dell'affidamento e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla sua esecuzione;
- di essere a conoscenza del fatto che il contratto si riterrà concluso senza che il dichiarante abbia nulla a che pretendere alla scadenza naturale, a seguito dell'espletamento del servizio e consegna della documentazione sanitaria;
- di non avere situazioni di incompatibilità e/o di conflitto di interessi con l'Ente Parco come previste a norma di legge;
- di essere a conoscenza che l'invito a partecipare all'indagine di mercato non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo l'Amministrazione che sarà libera di seguire anche altre procedure e che la stessa Amministrazione si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di sua esclusiva competenza, il procedimento avviato, senza che i soggetti richiedenti possano vantare alcuna pretesa;
- di essere a conoscenza che la presente dichiarazione non costituisce prova di possesso dei requisiti per l'affidamento del servizio che invece dovrà essere dichiarato dall'interessato ed accertato dall'Ente nei modi di Legge in occasione della procedura di affidamento.
- di essere informato, ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n.196, che i dati raccolti, anche personali, saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità connesse alla selezione per la quale le presenti dichiarazioni vengono rese;

DICHIARA

altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, i seguenti requisiti di idoneità professionale:

1. di essere iscritto nell'elenco nazionale dei Medici Competenti istituito presso il Ministero del lavoro della salute e delle politiche sociali (D.M. 4 marzo 2009) al n. _____ in data _____;

oppure

che il servizio di medico competente sarà svolto dal/la dott./ssa _____

iscritto/a al n. _____ in data _____;

2. iscrizione (*per le imprese*) nel registro delle imprese istituito presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di _____, come segue:

data di iscrizione: _____ - numero di iscrizione _____

codice fiscale: _____ - partita Iva: _____

sede: _____ codice di attività: _____

oggetto sociale _____

DICHIARA, inoltre

di possedere (*opp. che il medico competente sopra indicato possiede*) i requisiti previsti dall'art. 38 D.lgs. 81/2008 s.m.i. e agli artt. 45-80-83 del D.lgs. 50/2016 s.m.i. e per l'espletamento delle attività di sorveglianza sanitaria da svolgersi ai sensi degli artt. 39 – 40 D.lgs. 81/2008;

di essere iscrizione all'ordine dei medici di _____ al nr. Anno, (*eventuale*) mette a disposizione un gruppo di lavoro, costituito da n. ___ persona/e, iscritta/e all'Ordine dei Medici, rispettivamente:

Albo di _____, con n. _____ dall'anno _____;

Allega:

Curriculum vitae e Professionale

Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità

_____, li ___ / ___ / _____

_____ timbro e firma per esteso del dichiarante