

## ALLEGATO A

### MODELLO DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Fac-simile schema di domanda – Dichiarazione requisiti e titoli e offerta economica

Al Conservatorio statale di Musica di REGGIO CALABRIA

Oggetto: Conferimento dell'incarico professionale di Medico Competente del Conservatorio Statale di Musica " F.Cilea" di Reggio Calabria .

Domanda di partecipazione al conferimento di incarico di medico competente – autodichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto .....  
nato a.....il .....  
residente a ..... Prov. ....  
Via ..... n. ....  
tel.....  
e-mail ..... Pec .....  
C.F. ....  
P.I. ....

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445 e s.m.i., le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti,

#### DICHIARA

che intende partecipare alla procedura comparativa per il conferimento di incarico di medico competente del Conservatorio di musica "F. Cilea" di Reggio Calabria.

A tale scopo prende atto e accetta in ogni sua parte l'avviso pubblico oggetto della presente domanda e

#### DICHIARA

ai sensi degli artt. 38 comma 3, 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,

Di essere in possesso del seguente titolo o requisito, così come previsto dall'art. 38, comma 1 del D.Lgs n. 81/2008 e s.m.i.:

- 
- Di essere iscritto nell'Elenco dei Medici in possesso dei titoli e requisiti previsti dall'art.38 D. Lgs. n.81/2008 presso il Ministero della Salute – Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione;
  - Il possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
  - Il godimento dei diritti civili e politici;
  - L'assenza di condanne penali o di provvedimenti a carico riguardanti l'applicazione di misure di prevenzione, decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
  - L'assenza di procedimenti penali in corso, per quanto a conoscenza dell'interessato;
  - Di non avere in corso situazioni penali pendenti collegate a inadempienze gravi nell'ambito della propria attività, per effetto delle quali ne possa conseguire l'inabilitazione all'esercizio dell'attività stessa;
  - L'insussistenza di incompatibilità circa l'esecuzione dell'attività di cui all'oggetto;
  - L'assenza di situazioni comportanti l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
  - Di non aver subito, da parte di una Pubblica Amministrazione, risoluzione di contratto per inadempimento negli ultimi cinque anni, compreso il presente;

- Di essere in regola con le norme disciplinanti l'attività in oggetto;
- Di aver visionato tutta la documentazione di procedura e di accettarne integralmente e senza riserve le prescrizioni, condizioni ed oneri, in essa contenuti;
- Di rispettare la riservatezza su dati, situazioni o su quanto venga a conoscere in conseguenza dell'opera svolta. Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, dichiara altresì di impegnarsi a non divulgare detti elementi, anche a fine scientifico, senza un esplicito e preventivo assenso del Conservatorio.

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

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

e-mail.....pec.....

Il sottoscritto/a, al fine della valutazione dei titoli, DICHIARA, ai sensi degli artt. 38 comma 3, 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, di essere in possesso del seguente titolo culturale

ART. 7

Laurea in medicina conseguita presso .....

.....

in data.....con la seguente votazione.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Esperienze professionali di medico competente per sorveglianza sanitaria in Istituzioni AFAM, Istituti scolastici e Università

(Devono essere chiaramente indicate le Istituzioni AFAM, gli Istituti scolastici e le Università presso le quali si è svolto l'incarico, la data iniziale e finale dell'incarico).

Presso ..... dal ..... al .....

Presso ..... dal ..... al .....

Presso ..... dal ..... al .....

Presso ..... dal ..... al .....

Presso ..... dal ..... al .....

Presso ..... dal ..... al .....

Presso ..... dal ..... al .....

Presso ..... dal ..... al .....

Esperienze professionali di medico competente per la sorveglianza sanitaria presso altre Pubbliche Amministrazioni o Enti Pubblici

( Devono essere chiaramente indicati le Pubbliche Amministrazioni o gli Enti Pubblici presso le quali si è svolto l'incarico, la data iniziale e finale dell'incarico).

Presso ..... dal ..... al .....

Presso ..... dal ..... al .....

Presso ..... dal ..... al .....

Presso ..... dal ..... al .....

Presso ..... dal ..... al .....

Presso ..... dal ..... al .....

Presso ..... dal ..... al .....

Presso ..... dal ..... al .....

Ai sensi del D.P.R. 445/2000 questo Istituto si riserva la facoltà di procedere alla verifica della veridicità delle autodichiarazioni presentate, con pena di esclusione in caso di dichiarazioni mendaci)

Ai fini del conferimento dell'incarico formula la seguente **OFFERTA ECONOMICA**:

	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	PREZZO	PERIODICITA'
1	Visite mediche con giudizio di idoneità e cartella sanitaria: Visita medica periodica, su richiesta del lavoratore, in occasione del cambio di mansione, in occasione di cessazione del rapporto di lavoro, precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai 60 giorni continuativi		Per ciascuna visita
2	Visita medica per sorveglianza sanitaria eccezionale emergenza COVID-19		Per ciascuna visita
	Esami strumentali:	//	//
3	visita ergoftalmologica (ergovision)		Per ciascuna visita
4	Prove di funzionalità respiratorie (spirometria)		Per ciascuna visita
5	ECG		Per ciascuna visita
6	Attività di Medico Competente (sopralluoghi, riunioni, custodia cartelle, trasmissione dati e quant'altro previsti dagli artt. 25, 29, 35, 40, 41 del D.Lgs. n.81/2008) per anni uno		A corpo
7	Attività di aggiornamento del personale nominato "addetto al pronto soccorso"		A unità di personale

Prezzo medio € \_\_\_\_\_

Si allega alla presente domanda:

- Copia di documento di identità in corso di validità recante la firma del sottoscrittore.  
In fede.

Luogo e data

.....

Firma (per esteso e leggibile)

.....