**All. 2**

Spett. le Comune di San Salvatore di Fitalia

Via Colonnello Musarra

San Salvatore di Fitalia (ME)

**Oggetto: Servizio di Sorveglianza Sanitaria, di cui al D. Lgs.n. 81/2008, per il personale dipendente del Comune di San Salvatore di Fitalia per anni due.**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazioni - persona fisica.**

ll sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità, ai Sensi degli artt. 46, 47 del D.P\_R. 28 dicembre 2000, n\_ 445 e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere di cui all’art. 76 del predetto D.P.R..

D.P.R.,

**DICHIARA**

Di essere in possesso dei requisiti professionali per l’espletamento delle funzioni di medico competente per la sorveglianza sanitaria previsti dall’art. n. 32 del d.lgs. n. 81/2008 e smi:

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

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

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

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

che a proprio carico non ricorre alcuna delle cause ostative a contrarre con la pubblica amministrazione di cui all’art.80 D.Lgs n. 50/2016 e smi;

Di essere in regola con gli obblighi contributivi;

Di essere in regola con le norme in materia di assunzione obbligatoria dei disabili;

Di avere preso visione del disciplinare e di impegnarsi all’espletamento del servizio secondo le disposizioni in esso contenute e nel rispetto delle disposizioni di legge di cui al d.lgs n. 81/2008 e smi e di ogni altra disposizione di legge vigente in materia;

In caso di affidamento, di impegnarsi, a presentare entro giorni trenta dalla. comunicazione di affidamento, un piano operativo comprendente tutte fasi di espletamento del servizio nell’arco temporale della sua durata;

Ai sensi dell’art. 53 comma 16 ter del [D.Lgs. 165/2001](http://www.sistema-bdi.it/index.php?bdinr=021&docnr=36381%20&stato=lext), di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

Di essere a conoscenza dell’obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all’art. 3 della L. 136/2010 e s.m.i. indicato il numero di conto corrente, con le seguenti coordinate bancarie IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Banca\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sul quale confluiranno tutte le somme inerenti l’appalto, tramite bonifico bancario e che il/i soggetto/i autorizzato/i ad operare sul predetto conto è/sono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C..F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di accettare che tutte le comunicazioni inerenti l’affidamento vengano effettuate tramite pec c/o c mail, indicando i seguenti indirizzi:

Pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di essere stato informato e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali nel rispetto delle disposizioni comunitarie e nazionali vigente in materia.

Allega alla presente

1) curriculum vitae in formato europeo

2)copia in corso di validità del documento di riconoscimento.

Li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Sottoscritto

**All. 3**

Spett.le Comune di San Salvatore di Fitalia

Via Colonello Musarra

San Salvatore di Fitalia (ME)

**Oggetto: Servizio di Sorveglianza Sanitaria, di cui al D. Lgs.n. 81/2008, per il personale dipendente del Comune di San Salvatore di Fitalia per anni due.**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazioni società.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_.

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella qualità di titolare/legale rappresentante della società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Partita IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46,47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione non veritiere di cui all’art. 76 del predetto D.P.R.

**DICHIARA**

Che la società, per la fornitura di servizi corrispondenti a quelli in oggetto, è iscritta alla CCIAA Di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con numero d'iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Che la società nell’ambito della propria attività dispone della figura professionale idonea a rivestire le funzioni di medico competente**.** per la Sorveglianza Sanitaria previsti dall’art. n. 32 del d.lgs. n. 81/2008 e smi, e a tal fine indica le seguenti generalità:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

Che il professionista sopra indicato è in possesso dei requisiti professionali per l`espletamento delle

funzioni di medico competente per la Sorveglianza Sanitaria previsti dall’art. n. 32 del d.lgs. n. 81/2008 e smi:

Che a carico della società e dei soggetti ricoprenti cariche sociali non ricorre alcuna delle cause ostative a contrarre con la pubblica amministrazione di cui all’art.80 D.Lgs n. 50/2016 e smi;

Di essere in regola con gli obblighi contributivi;

Di essere in regola con le norme in materia di assunzione obbligatoria dei disabili;

Di avere preso visione del disciplinare e di impegnarsi all’espletamento del servizio secondo le disposizioni in esso contenute e nel rispetto delle disposizioni di legge di cui al D.lgs. n. 81/2008 e smi;

In caso di affidamento, di impegnarsi, a presentare entro giorni trenta dalla comunicazione di affidamento, un piano operativo comprendente tutte fasi di espletamento del servizio nell’arco temporale della sua durata;

Ai sensi dell’art. 53 comma 16 ter del [D.Lgs. 165/2001](http://www.sistema-bdi.it/index.php?bdinr=021&docnr=36381%20&stato=lext), di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

Di essere a conoscenza dell’obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all’art. 3 della L. 136/2010 e s.m.i. indicato il numero di conto corrente, con le seguenti coordinate bancarie IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Banca\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sul quale confluiranno tutte le somme inerenti l’appalto, tramite bonifico bancario e che il/i soggetto/i autorizzato/i ad operare sul predetto conto è/sono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C..F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di accettare che tutte le comunicazioni inerenti l’affidamento vengano effettuate tramite pec e/o e-mail, indicando i seguenti indirizzi :

Pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di essere stato informato e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali nel rispetto delle disposizioni comunitarie e nazionali vigente in materia.

Allega alla presente

1)curriculum vitae in formato europeo

2)copia in corso di validità del documento di riconoscimento.

Lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il sottoscritto n.q. di rappresentate legale

Firma e timbro della società

**All. 4**

Spett.le Comune di San Salvatore di Fitalia

Via Colonello Musarra

San Salvatore di Fitalia (ME)

**Oggetto: Preventivo per il Servizio di Sorveglianza Sanitaria, di cui al D. Lgs.n. 81/2008, per il personale dipendente del Comune di San Salvatore di Fitalia per anni due.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella

qualità di soggetto fisico/libero professionista, oppure nella qualità di titolare/legale rappresentante

della società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

dichiara di essere disponibile ad effettuare il servizio di “medico competente” per la Sorveglianza Sanitariaper il Comune di San Salvatore di Fitalia per anni due e ad espletare tutti gli adempimenti previsti dall’art. n. 32 del d.lgs. n. 81/2008 e smi e specificatamente quelli previsti nel disciplinare, per l’importo complessivo di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il sottoscritto

Firma e timbro della Società