Al Dirigente Scolastico

Dell’IC “Garibaldi-Montalcini”

Via Delle Rimembranze n. 72

Vairano Patenora (CE)

Oggetto: Presentazione candidatura assegnazione incarico Medico competente -

Il sottoscritto , nato a Prov. ( ) il

C.F. in qualità di legale rappresentante della Ditta

 con sede in

 Prov. ( ) Via/Piazza P.IVA C.F.

tel. fax e-mail PEC ,

dichiara

1. di essere in possesso dei requisiti previsti nel bando e di essere interessato all’assunzione dell’incarico di Medico competente dell’Istituto Comprensivo “Garibaldi Montalcini” di Vairano Patenora (CE).
2. di aver preso piena ed integrale visione, ed accettare senza condizione e riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nel Bando e di ogni allegato ai medesimi.
3. di essere a conoscenza di tutte le circostanze generali e particolari e di tutti gli oneri previsti che possono influire sullo svolgimento del servizio e di aver ritenuto di poter partecipare alla gara con un’offerta ritenuta remunerativa e comunque tale da permettere il regolare espletamento del servizio stesso;
4. di essere informato/i, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e di autorizzare espressamente tale trattamento;
5. che il recapito per le comunicazioni relative al presente bando è il seguente:

………………………………………………………………………………………………. con sede in…………………………………………..………… (Prov. di ……………..…….) c.a.p. ………….. Via/Piazza………………..…………………………………..…….n. telefono n. ……………………..fax n……………………………………. e.mail…………………………….............................................................................................

posta certificata ………………………………………………………………………………..

1. autorizzando la stazione appaltante a trasmettere le comunicazioni a detto numero di fax e/o indirizzo di posta elettronica, sollevando l’Istituto Comprensivo “Garibaldi Montalcini” di Vairano Patenora (CE) da qualsiasi responsabilità in ordine alla mancata conoscenza delle comunicazioni così inviate.

# Dichiara inoltre di possedere i seguenti requisiti:

 Laurea in …………………………………………………………………………………… conseguita presso l’Università …………………………………………………………… nell’anno accademico ……………………………………… con la votazione di

………………………

* + Iscrizione Ordine Professionale………………………………………………………. presso

…………………………………………………………………………………………………

* + Attestato di frequenza a corsi di Specializzazione in materia di igiene e salute rilasciato da

……………………………………………………………………………………………

* + Altre esperienze nell’ambito scolastico:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

* + Altre in altri pubblici e/o privati:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Allegati:

1 - curriculum in formato europeo;

2 - dichiarazione tracciabilità flussi finanziari;

3 - copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore della domanda.

Data

In fede (timbro e firma)

All’Istituto Comprensivo “Garibaldi Montalcini”

Via Delle Rimembranze 72

Vairano Patenora (CE)

**OGGETTO**: TRACCIABILITA’ DEI FLUSSI FINANZIARI-ART.3-DELLA LEGGE 136/2010 e S.M.I.

Il sottoscritto

In qualità di

Della ditta

CF/P.I con sede

Con riferimento alle forniture dei beni /servizi /lavori

 **COMUNICA**

che, con riferimento alla Legge in oggetto, il conto corrente bancario dedicato ai pagamenti della Pubblica Amministrazione, da utilizzare per regolare i rapporti con la scrivente ditta, è il seguente:

**CODICE IBAN** :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DENOMINAZIONE BANCA:**

BANCA :

Filiale :

**PERSONE DELEGATE AD OPERARE SUL SUDDETTO CONTO CORRENTE:**

|  |  |
| --- | --- |
|  GENERALITA’ | CODICE FISCALE |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

La nostra ditta si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione in ordine a quanto dichiarato con la presente e chiede di non tener conto di eventuali modalità di pagamento, riportate sui documenti contabili, difformi dalla stessa.

In fede

 ,

All’Istituto Comprensivo “Garibaldi Montalcini”

Via Delle Rimembranze 72

Vairano Patenora (CE)

PROCEDURA INDIVIDUAZIONE MEDICO COMPETENTE

ALLEGATO B

* + Offerta economica :

|  |  |
| --- | --- |
| **PRESTAZIONE** | **IMPORTO RICHIESTO** |
| Incarico annuale medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie (indicare importo complessivo triennale) |  |
| Importo richiesto per visita medica dipendente (se trattasi di importi diversi a seconda del profilo professionale indicare importo medio) compreso eventuale costo per uscita |  |

Data

In fede (timbro e firma)