Allegato A) Modello di domanda per la partecipazione alla manifestazione di interesse per l'affidamento dell'incarico di un medico competente per lo svolgimento del servizio di sorveglianza sanitaria e medico competente dei dipendenti dell'Agenzia Regionale CAMPANIA TURISMO
(in carta libera)

All'Agenzia Regionale CAMPANIA TURISMO
Via Santa Lucia, n. 81
80132 - NAPOLI

Via Pec: aretur@pec.it

OGGETTO: Manifestazione di interesse per l'affidamento dell'incarico di un medico competente per lo svolgimento del servizio di sorveglianza sanitaria e medico competente dei lavoratori dell'Agenzia Regionale CAMPANIA TURISMO ai fini della sicurezza sul lavoro ai sensi del D.lgs. n. 81/2008 e s.m.i. - CIG: ZA92CC1E89

Il/la sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
nato/a _____ il _____ e residente in _____
Via _____, n... , Codice fiscale _____
P.IVA _____
Tel. _____, Pec: _____
e-mail: _____

Se impresa

il legale rappresentante _____
con sede nel Comune di _____ Prov. _____ Via _____ n. _____
Partita IVA: _____ Tel. _____
Pec: _____

- come impresa singola;
- oppure*
- come capogruppo di un'associazione temporanea o di un consorzio o di un GEIE di tipo orizzontale/verticale/misto già costituito fra le seguenti imprese:
- oppure*
- come capogruppo di un'associazione temporanea o di un consorzio o di un GEIE di tipo orizzontale/verticale/misto da costituirsi fra le seguenti imprese:
- oppure*
- quale Consorzio o GEIE per le seguenti Imprese Consorziatoe o facenti parte del GEIE:

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

a partecipare all'indagine di mercato di cui all'oggetto, al fine di essere invitato all'eventuale successiva procedura di affidamento mediante RDO sul MePA.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. n.46 e n. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i., consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di affermazioni mendaci e delle relative sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso DPR, dal codice penale e dalle leggi speciali in materia e, consapevole inoltre, della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

(specificare i dati che riguardano il soggetto partecipante)

1. che l'impresa è iscritta alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di:
 - numero e data di iscrizione

- data di inizio dell'attività di impresa
 - oggetto sociale o attività pertinente al servizio in affidamento;
2. che l'impresa non si trova nelle situazioni che costituiscono cause ostative alla partecipazione alle procedure di gara ed alla stipula di contratti con le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 80 del D.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 e s.m.i;
 3. di essere iscritto ed abilitato ad operare sul MePA per il Bando "Servizi" - categoria merceologica "Servizi Sanitari – Servizi di sorveglianza sanitaria";
 4. di avere preso visione integralmente dell'avviso pubblico in oggetto e di accettarne pienamente i contenuti senza alcuna condizione o riserva;
 5. che il destinatario dell'incarico sarà il Dott..... (cognome e nome) nato a il C.F. iscritto nell'elenco dei Medici competenti istituito presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali così come previsto dall'art. 38 comma 4 del D.lgs. n. 81/2008 es.m.i e che è in possesso di uno dei seguenti titoli:
 - a) *specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;*
 - b) *docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;*
 - c) *autorizzazione di cui all'articolo 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277;*
 - d) *specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale.*

Se persona giuridica

1. di essere iscritto nel registro delle imprese tenuto dalla Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura per attività coerenti con quella oggetto della presente procedura.
2. essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili di cui alla legge 12 marzo 1999 n. 68 e s.m.i.;
3. di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi assicurativi e previdenziali (INPS - INAIL) a favore dei lavoratori secondo la vigente legislazione e di applicare le norme contrattuali di settore;
4. che il destinatario dell'incarico sarà il Dott..... (cognome e nome) nato a il C.F. iscritto nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali così come previsto dall'art. 48 comma 4 del D.lgs. n. 81/2008 e s.m.i in qualità di dipendente/socio/collaboratore della società (che controfirmerà in calce la presente manifestazione di interesse unitamente a copia del documento di identità dell'incaricato);
5. che il medico competente è in possesso di uno dei seguenti titoli:
 - a) *specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;*
 - b) *docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;*
 - c) *autorizzazione di cui all'articolo 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277;*
 - d) *specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale.*

Persona fisica e persona giuridica

6. di essere in possesso dei requisiti di capacità economico-finanziaria e tecnica-professionale indicati nell'avviso in oggetto ai punti 7.4 e 7.5 e precisamente:

Requisiti di capacità economico-finanziaria

- a) di avere maturato un fatturato globale medio annuo riferito agli ultimi tre (03) esercizi finanziari disponibili (anni 2017-2018-2019) non inferiore ad euro 25.000,00 (al netto delle imposte e contributi di legge).

Requisiti di capacità tecnica-professionale

- b) di aver eseguito, con buon esito, nei tre (03) anni precedenti la data di pubblicazione del presente avviso, le funzioni di sorveglianza sanitaria con nomina del medico competente a favore di soggetti pubblici e/o privati per un importo complessivo non inferiore a € 20.000,00 oltre IVA (indicare gli importi, le date, i committenti):

.....
.....

- 7. di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i;
- 8. di accettare integralmente le condizioni previste nell'avviso;
- 9. di aver letto l'informativa sulla *privacy* riportata all'art. 16 dell'avviso e di autorizzare l'Agenzia regionale CAMPANIA TURISMO al trattamento dei propri dati personali, ai sensi e per gli effetti del GDPR (*General Data Protection Regulation*) – Regolamento (UE) 2016/679, per il corretto svolgimento e funzionamento di tutte le attività riferite alla procedura posta in essere.

Luogo, data _____ Firma leggibile _____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(Resa ai sensi del DPR n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
Prov. _____ il _____ residente in _____ Prov. _____ via _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR del 28.12.2000, n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che quanto riportato nella domanda corrisponde a verità.

Luogo, data _____ Firma leggibile _____

La domanda deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore.

La domanda deve essere sottoscritta dal legale rappresentante dell'impresa. In caso di sottoscrittore diverso dovrà essere compiegata anche copia della procura, accompagnata da una dichiarazione sostitutiva resa dal legale rappresentante ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 che confermi la persistenza del conferimento dei poteri di rappresentanza.

La domanda deve essere resa e firmata dai legali rappresentanti di ciascuna impresa facente parte l'associazione temporanea ovvero da ciascuna impresa consorziata.