

**Servizio professionale di: Visite mediche per i lavoratori da impiegare al Cantiere di Lavoro per Disoccupati n. 072/CT del Santuario Madonna della Sciara.**

**Dichiarazioni da rendere in sede di presentazione offerta per incarico professionale alla P.A.**

**Servizi di cui in allegata richiesta di offerta**

**Il sottoscritto \_\_\_\_\_, libero professionista iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, con studio in \_\_\_\_\_, dichiara ai sensi del DPR 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii., art. 47, consapevole delle conseguenze penali di falsità e mendacità, derivanti dal dichiarare fatti, circostanze e posizioni personali che non dovessero risultare veritieri, comunque sottoposti a verifica da parte dell'Amm.ne:**

- a) di possedere adeguata attrezzatura professionale per svolgere la prestazione richiesta.
- b) produco dichiarazione sostitutiva, dal quale risulta che il sottoscritto è regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ con n° \_\_\_\_\_ con specializzazione di Medicina del lavoro, nonché di essere in possesso dei requisiti di ordine generale previsti dall'art.38 del D.Lgs. 81/08 e ss.mm.ii.;
- c) che non ricorre, nei propri confronti alcuna delle cause di esclusione dalle procedure per l'affidamento di servizi pubblici di cui all'art. 80 del d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i., dandosi atto che costituisce tra queste, grave violazione la mancata regolarizzazione inerente imposte e tasse per cumulo di importi superiori ad € 5.000,00;
- d) di non aver riportato condanne alcuna, comprese quelle per le quali abbia beneficiato della non menzione, riferiti ai reati previsti dall'art. 80, comma 1, 2, 4, 5 del d.lgs. n. 50/2016, compresi i reati per i quali è stata dichiarata l'estinzione ai sensi dell'art. 445, comma 2 del c.p.p.,
- e) attesta, in forma sostitutiva in luogo del documento unico di regolarità contributiva (DURC se società) o altra certificazione equipollente (Dichiarazione Cassa Ordine o Collegio, se libero professionista e studio di progettazione), il possesso del requisito della regolarità contributiva, che non esistono inadempimenti in atto e rettifiche notificate, non contestate e non pagate, ovvero che è stata conseguita procedura di sanatoria, positivamente definita con il seguente atto \_\_\_\_\_; (si allega )
- f) di avere preso conoscenza di tutte le circostanze generali, particolari e locali, nessuna esclusa, che possono avere influito o influire sulla esecuzione del servizio professionale, sia sulla determinazione dell'offerta corrispondente alla prestazione da assolvere e di giudicare pertanto remunerativa l'offerta economica presentata;
- g) di non possedere annotazioni sul casellario giudiziario e carichi pendenti escludenti la capacità a contrarre con la P.A.
- h) Dichiaro di assumere l'impegno, in caso di aggiudicazione:
  - di indicare un numero di conto corrente unico sul quale il Comune di Mascalucia farà confluire tutte le somme relative al presente appalto. L'aggiudicatario si avvarrà di tale conto corrente per tutte le operazioni relative al presente appalto, compresi i pagamenti delle

retribuzioni al personale da effettuarsi esclusivamente a mezzo di bonifico bancario, bonifico postale o assegno circolare non trasferibile;

- di sottoscrivere patti di legalità cui aderisce il Comune di Mascalucia, conformandosi ai contenuti ivi riportati e agli obblighi richiesti per il professionista
- di sottoscrivere disciplinare di incarico per le prestazioni da effettuare entro il termine di gg. 10 dalla data di relativa stipula
- prendere atto che l'Ente procederà ad effettuare verifica sulle dichiarazioni rese presso gli Enti preposti al rilascio in forma integrale alla P.A., il quale si attiverà conseguentemente in caso di difformità rispetto a quanto dichiarato;

Si allega curriculum con dettaglio sulle prestazioni di medico competente

Si attesta in data odierna il possesso di tutti i sopra richiamati requisiti per il sottoscritto e si dichiara tutti gli impegni richiamati nella superiore nota

Si dà atto che il beneficiario del cantiere è il Santuario Madonna della Sciara, cui saranno accreditate le somme per le paghe e per gli oneri da liquidare, il quale garantisce la Regione a mezzo Polizza fideiussoria della tenuta del cantiere e sulla rendicontazione, restando sollevata la stazione appaltante da eventuali pretese da parte dell'assegnatario

In fede

La società/ Il professionista

firma digitale

Si allega copia documento di riconoscimento

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER L’AFFIDAMENTO AI SENSI DELL’ART. 36  
COMMA 2 LETT. B) DEL D. LGS. N. 50/2016 DEL SERVIZIO PER LE VISITE MEDICHE DI  
IDONEITA’ A FAVORE DEI LAVORATORI PER IL CANTIERE DI LAVORO PER  
DISOCCUPATI N. 072/CT FINALIZZATO ALLA MANUTENZIONE STRAORDINARIA DEL  
SANTUARIO MADONNA DELLA SCIARA.**

**CIG Z1234D2120**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_,  
provincia di \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_,  
in qualità di \_\_\_\_\_ della società \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

con la presente

**CHIEDE**

di partecipare all’avviso per l’affidamento ai sensi dell’art. 36 coma 2 lett. b) del D. Lgs. n. 50/2016 del servizio per le visite mediche di idoneità a favore dei lavoratori per il cantiere di lavoro per disoccupati n. 072/CT finalizzato alla Manutenzione straordinaria del Santuario Madonna della Sciara, e consapevole della responsabilità penale in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art.76 D.P.R.n.445/2000

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti degli artt. 47 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

**OFFRE**

<b>RIBASSO UNICO PERCENTUALE OFFERTA IN CIFRE E IN LETTERE</b>	% _____ <b>(euro/)</b>
--	------------------------------

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

**Attenzione:** Alla domanda deve essere allegata la fotocopia del documento d’identità del/i dichiarante/i in corso di validità, ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. 445/2000.

