**MODELLO “02”**

|  |
| --- |
| **Attività di assistenza al Consorzio in materia di sicurezza sul lavoro,** **tutela della salute dei lavoratori e sorveglianza sanitaria (D. Lgs. 81/2008)****MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**per lo svolgimento per il periodo di 3 (tre) anni dell’attività di“*Medico competente e connessa attività di sorveglianza sanitaria*”**OFFERTA ECONOMICA** |

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto |  |
| nato a |  | il |  |
| in qualità di  | *(titolare, legale rappresentante, procuratore, altro)* |  |
| dell’impresa |  |
| sede | *(comune italiano o stato estero)*  |  | Cap: |  | Provincia  |  |
|  |
| indirizzo |  | C.F./P.IVA: |  |

con domicilio digitale eletto per notificazioni e comunicazioni al seguente recapito di Posta elettronica certificata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il quale verrà utilizzato in via esclusiva per tutte le comunicazioni afferenti l’eventuale affidamento in epigrafe, in qualità di operatore singolo

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art.76 del medesimo D.P.R. n.445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**DICHIARA**

* di proporre un’offerta parametrica per l’attività triennale di “*Medico competente e connessa attività di sorveglianza sanitaria*” un compenso omnia di **€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_ (euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_)** per ciascun “impiegato” visitato;
* di proporre un’offerta parametrica per l’attività triennale di “*Medico competente e connessa attività di sorveglianza sanitaria*” un compenso omnia di **€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_ (euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_)** per ciascun “operaio” visitato;
* di proporre un’offerta parametrica per l’attività triennale di “*Medico competente e connessa attività di sorveglianza sanitaria*” un compenso omnia di **€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_ (euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_)** per ciascun “operaio abilitato alla guida di automezzi e macchine d’opera” visitato;
* che la predetta offerta è omnicomprensiva dell’assunzione del ruolo di “Medico competente” nonché dei costi per esami clinici, chimici e biologici, indagini diagnostiche e visite specialistiche necessarie, da eseguirsi presso la sede del Consorzio in località Piano della Rocca a Prignano Cilento (SA);
* che gli oneri per la sicurezza aziendale, inclusi nel predetto prezzo offerto, ammontano ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_ (euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_) per ciascun lavoratore visitato;
* di accettare che l’offerta economica formulata, fissa e invariabile per 3 (tre) anni, ha validità per almeno 6 (sei) mesi decorrenti dalla data ultima per la sua presentazione di cui all’art. 8 dell’Avviso;
* di aver preso visione e accettare integralmente e senza riserva alcuna tutte le condizioni e le specifiche previste dall’Avviso e dal correlato Schema di Convenzione e di aver tenuto conto delle circostanze ivi indicate ai fini della formulazione della presente offerta.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA

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