|  |
| --- |
| **MODELLO 1 – dichiarazione** |

**AFFIDAMENTO DELL’ INCARICO DI** **MEDICO COMPETENTE FINALIZZATO ALLA SORVEGLIANZA SANITARIA AI SENSI DEL D.LGS. 9 APRILE 2008, N. 81 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI PER ANNI TRE PER LE SEDI DI TERNI E DI PERUGIA**

Il sottoscritto …………………………………….……….………. nato a ………………..………….………. il …………………....

in qualità di …………………………………………………………………………………….. con sede della propria attività in: ………………………………………….………. Via ………………………………………….………….……………………………….…

codice fiscale n. ……………………………………………….……… partita IVA n. ……….……………………………………….

**PRESO ATTO**

di tutte le condizioni e dei termini di partecipazione stabiliti nell’Avviso pubblicato sul sito internet istituzionale dell’ATER UMBRIA

**INTENDE**

partecipare alla procedura individuata in oggetto e pertanto

**DICHIARA**

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modifiche ed integrazioni, le sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative all’affidamento dei contratti pubblici

**IL POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI MINIMI**

di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno Stato membro dell’Unione Europea;

di essere in godimento dei diritti civili e politici;

di non trovarsi in alcuna delle situazioni elencate al precedente art. 5 del presente Avviso, rubricato “Cause di esclusione”;

di essere in possesso uno dei seguenti titoli o requisiti previsti dall’art. 38 del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 e s.m.i., per assumere le funzioni di “medico competente”:

1. specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori o psicotecnica;
2. 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;
3. autorizzazione di cui all’art. 55 del D. Lgs. del 15 agosto 1991 n. 277;
4. specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale:

Siccome godono del possesso del presente requisito tutti i medici iscritti nell’elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, può essere fornita indicazione del numero e data di iscrizione:

* di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina;

di essere iscritto all’Albo/Ordine professionale dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 di essere libero professionista o dipendente pubblico o privato o docente universitario, munito delle autorizzazioni da parte del datore di lavoro (cancellare la voce che non ricorre);

 di essere in possesso dei requisiti di idoneità generale di cui all’art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. e all’art. 53 comma 16- ter del D.Lgs. 165/2001;

 di essere in possesso delle risorse necessarie - finanziarie, di infrastrutture e, ove opportuno, di personale - per l'adempimento delle proprie funzioni;

* di aver preso visione nel sito www.ater.umbria.it del Codice Etico e del M.O.G. di Ater Umbria e di impegnarsi al loro rispetto; in ragione di ciò il professionista dichiara di essere consapevole che l’inosservanza delle previsioni contenute nei suddetti documenti, costituirà grave inadempimento contrattuale e legittimerà Ater Umbria a risolvere di diritto il contratto con effetto immediato, ai sensi dell’art. 1456 C.C. fermo restando il risarcimento dei danni eventualmente causati dall’Ente;

di impegnarsi, in caso di aggiudicazione del servizio in oggetto, ad assumersi tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all’art. 3 della Legge 13.8.2010 n. 136 e s.m.i..

di non trovarsi in situazione di conflitto di interessi con A.T.E.R. UMBRIA, in particolare non deve aver agito giudizialmente nei confronti di A.T.E.R. Umbria negli ultimi tre anni.

**ALLEGA**

 **Patto di integrità**

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

IL DICHIARANTE

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

 *(timbro e firma)*