

## All. 2

Spett. le Comune di Alcara Li Fusi  
Via Della Rinascita,16  
Alcara Li Fusi (ME)

**Oggetto: Servizio di Sorveglianza Sanitaria, di cui al D. Lgs.n. 81/2008, per il personale dipendente del Comune di Alcara Li Fusi per mesi 12.**

### **Dichiarazione sostitutiva di certificazioni - persona fisica.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale , \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità, ai Sensi degli artt. 46, 47 del D.P\_R. 28 dicembre 2000, n\_ 445 e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 76 del predetto D.P.R..

D.P.R.,

### **DICHIARA**

Di essere in possesso dei requisiti professionali per l'espletamento delle funzioni di medico competente per la sorveglianza sanitaria previsti dall'art. n. 32 del d.lgs. n. 81/2008 e smi:

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

che a proprio carico non ricorre alcuna delle cause ostative a contrarre con la pubblica amministrazione di cui all'art. articolo 94 del D.Lgs. n. 36/2023

Di essere in regola con gli obblighi contributivi;

Di essere in regola con le norme in materia di assunzione obbligatoria dei disabili;

Di avere preso visione del disciplinare e di impegnarsi all'espletamento del servizio secondo le disposizioni in esso contenute e nel rispetto delle disposizioni di legge di cui al d.lgs n. 81/2008 e smi e di ogni altra disposizione di legge vigente in materia;

In caso di affidamento, di impegnarsi, a presentare entro giorni trenta dalla comunicazione di affidamento, un piano operativo comprendente tutte fasi di espletamento del servizio nell'arco temporale della sua durata;

Ai sensi dell'art. 53 comma 16 ter del [D.Lgs. 165/2001](#), di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

Di essere a conoscenza dell'obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della L. 136/2010 e s.m.i. indicato il numero di conto corrente, con le seguenti coordinate bancarie IBAN \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_, sul quale confluiranno tutte le somme inerenti l'appalto, tramite bonifico bancario e che il/i \_\_\_\_\_ soggetto/i autorizzato/i ad operare sul predetto conto è/sono

nato/i \_\_\_\_\_

C..F.: \_\_\_\_\_

Di accettare che tutte le comunicazioni inerenti l'affidamento vengano effettuate tramite pec c/o c mail, indicando i seguenti indirizzi:

Pec \_\_\_\_\_

E mail \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

e mail \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Di essere stato informato e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali nel rispetto delle disposizioni comunitarie e nazionali vigenti in materia.

Allega alla presente

1) curriculum vitae in formato europeo

2) copia in corso di validità del documento di riconoscimento.

Li \_\_\_\_\_

Il Sottoscritto

Spett. le Comune di Alcara Li Fusi  
Via Della Rinascita,16  
Alcara Li Fusi (ME)

**Oggetto: Servizio di Sorveglianza Sanitaria, di cui al D. Lgs.n. 81/2008, per il personale dipendente del Comune di Alcara Li Fusi per mesi 12.**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazioni società.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.  
Codice fiscale \_\_\_\_\_, nella qualità di titolare/legale rappresentante della società  
\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_,  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Partita IVA \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_,  
Sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46,47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione non veritiere di cui all'art. 76 del predetto D.P.R.

**DICHIARA**

Che la società, per la fornitura di servizi corrispondenti a quelli in oggetto, è iscritta alla CCIAA Di \_\_\_\_\_ con numero d'iscrizione \_\_\_\_\_  
REA \_\_\_\_\_;

Che la società nell'ambito della propria attività dispone della figura professionale idonea a rivestire le funzioni di medico competente. per la Sorveglianza Sanitaria previsti dall'art. n. 32 del d.lgs. n. 81/2008 e smi, e a tal fine indica le seguenti generalità:

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ data di  
nascita \_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_;

Che il professionista sopra indicato è in possesso dei requisiti professionali per l'espletamento delle funzioni di medico competente per la Sorveglianza Sanitaria previsti dall'art. n. 32 del d.lgs. n. 81/2008 e smi:

Che a carico della società e dei soggetti ricoprenti cariche sociali non ricorre alcuna delle cause ostative a contrarre con la pubblica amministrazione di cui all'art.94 D.Lgs n. 36/2023;

Di essere in regola con gli obblighi contributivi;

Di essere in regola con le norme in materia di assunzione obbligatoria dei disabili;

Di avere preso visione del disciplinare e di impegnarsi all'espletamento del servizio secondo le disposizioni in esso contenute e nel rispetto delle disposizioni di legge di cui al D.lgs. n. 81/2008 e smi;

In caso di affidamento, di impegnarsi, a presentare entro giorni trenta dalla comunicazione di affidamento, un piano operativo comprendente tutte fasi di espletamento del servizio nell'arco temporale della sua durata;

Ai sensi dell'art. 53 comma 16 ter del [D.Lgs. 165/2001](#), di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

Di essere a conoscenza dell'obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della L. 136/2010 e s.m.i. indicato il numero di conto corrente, con le seguenti coordinate bancarie IBAN \_\_\_\_\_ Banca \_\_\_\_\_, sul quale confluiranno tutte le somme inerenti l'appalto, tramite bonifico bancario e che il/i soggetto/i autorizzato/i ad operare sul predetto conto è/sono \_\_\_\_\_  
nato/i \_\_\_\_\_

C..F.: \_\_\_\_\_

Di accettare che tutte le comunicazioni inerenti l'affidamento vengano effettuate tramite pec e/o e-mail, indicando i seguenti indirizzi :

Pec \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Di essere stato informato e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali nel rispetto delle disposizioni comunitarie e nazionali vigente in materia.

Allega alla presente

1) curriculum vitae in formato europeo

2) copia in corso di validità del documento di riconoscimento.

Li \_\_\_\_\_

Il sottoscritto n.q. di rappresentate legale  
Firma e timbro della società

**All. 4**

Spett. le Comune di Alcara Li Fusi  
Via Della Rinascita,16  
Alcara Li Fusi (ME)

**Oggetto: Preventivo per il Servizio di Sorveglianza Sanitaria, di cui al D. Lgs.n. 81/2008, per il personale dipendente del Comune di Alcara Li Fusi per mesi 12.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, nella  
qualità di soggetto fisico/libero professionista, oppure nella qualità di titolare/legale rappresentante  
della società \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_ codice fiscale  
\_\_\_\_\_.

dichiara di essere disponibile ad effettuare il servizio di “medico competente” per la Sorveglianza Sanitaria per il Comune di Alcara Li Fusi per mesi 12 e ad espletare tutti gli adempimenti previsti dall’art. n. 32 del d.lgs. n. 81/2008 e s.m.i. e specificatamente quelli previsti nel disciplinare, per l’importo complessivo di € \_\_\_\_\_

Lì \_\_\_\_\_

Il sottoscritto  
Firma e timbro della Società