

**OFFERTA PER LA PARTECIPAZIONE AL BANDO PUBBLICO PER LA PROCEDURA
SELETTIVA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DELL'INCARICO DI MEDICO
COMPETENTE DI QUESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA**

Al Dirigente Scolastico
I.C.S "G. ARPINO"
DI SOMMARIVA DEL BOSCO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e
residente a _____ in
Via _____ n. _____ cap _____ prov. _____
Codice fiscale _____
In servizio presso l'Istituzione scolastica _____
In qualità di _____
ovvero
in qualità di titolare/legale rappresentante della Ditta _____

con sede legale in _____ Via _____
Partita IVA _____ iscrizione C.C.I.A.A. _____
tel. _____ fax _____ e-mail _____

DICHIARA

che il compenso richiesto per svolgere l'incarico di Medico Competente al lordo di tutti gli oneri ammonta a:

PRESTAZIONI	IMPORTO RICHIESTO OMNICOMPENSIVO	
P1: incarico annuale medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie	€ _____ (_____)	importo annuale
	€ _____ (_____)	importo triennale
P2: visita medica per accertamento idoneità al lavoro	€ _____ (_____)	importo per ciascuna visita
P3: visita oculistica per addetti ai video terminali	€ _____ (_____)	importo per ciascuna visita
P4: costo unitario per visita medica per personale insegnante come previsto ai sensi della recente pubblicazione delle linee guida della Regione Piemonte sul controllo del consumo di alcol durante l'attività lavorativa	€ _____ (_____)	importo per ciascuna visita
P5: formazione del personale	€ _____ (_____)	importo orario

(luogo, data)

IL DICHIARANTE

* in caso di disparità tra la cifra in numeri e quella in lettere, verrà considerata quella più favorevole per l'Amministrazione.