



CONSORZIO "IMPEGNO SOCIALE"
Cassina Rizzardi – Como



AVVISO PER L'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE DI SOGGETTI QUALIFICATI PER L'INCARICO IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE DI MEDICO COMPETENTE

Il Direttore

PREMESSO CHE

In ottemperanza a quanto indicato all'art. 2 comma 1 lettera h del D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 "*TESTO UNICO SULLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO*", il medico competente è il medico in possesso di uno dei titoli e dei requisiti formativi e professionali di cui all'articolo 38 (specificato in seguito), che collabora, secondo quanto previsto all'articolo 29, comma 1, con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi ed è nominato dallo stesso per effettuare la sorveglianza sanitaria e per tutti gli altri compiti di cui al presente decreto;

art. 38: Per svolgere le funzioni di medico competente è necessario possedere uno dei seguenti titoli o requisiti:

- a) specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;
- b) 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;
- c) autorizzazione di cui all'articolo 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277(N) ;
- d) specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale;
- d-bis) con esclusivo riferimento al ruolo dei sanitari delle Forze Armate, compresa l'Arma dei carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di Finanza, svolgimento di attività di medico nel settore del lavoro per almeno quattro anni.

Occorre inoltre possedere idonea abilitazione prevista nei termini di legge e iscrizione nell'elenco presso il Ministero del Lavoro.

RENDE NOTO

Che è indetta una raccolta per l'acquisizione di manifestazioni di interesse come meglio specificato in epigrafe.

Dalla manifestazione di interesse si attingerà per la nomina di Medico Competente per le necessità del Consorzio

Il contratto è disciplinato come prestazione di lavoro autonomo, trattandosi di prestazione intellettuale, regolata dall'art. 2229 e seguenti del Codice Civile.

Trattasi di prestazione di lavoro esclusivamente personale, pertanto il lavoratore autonomo non si avvarrà di collaboratori e non sarà sostituito nell'espletamento dell'incarico.

Il professionista organizzerà la propria attività in autonomia.

L'incarico ha per oggetto l'attività libero professionale di Medico Competente, e tutti gli adempimenti previsti nello svolgimento della stessa;

La durata dell'incarico, l'impegno orario e il compenso saranno dettagliati nella proposta che il Consorzio, tempo per tempo, in base alle proprie esigenze, farà al professionista;

Detto compenso verrà corrisposto mediante presentazione di nota proforma o fattura da parte del professionista e pagata a 30 giorni data fattura fine mese.

Requisiti richiesti, **oltre a quelli specificati in premessa**

- Cittadinanza italiana o in uno degli stati membri dell'Unione Europea;
- Assenza di impedimenti per condanne pregresse;
- Possesso partita IVA o di attività libero professionale

Potranno partecipare candidati di ambo i sessi ed è garantita la pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e per il trattamento economico.

In caso di necessità saranno selezionati i curricula ritenuti di interesse considerando le precedenti esperienze nelle attività sopra specificate.

Le domande andranno presentate al Direttore del Consorzio Impegno Sociale Via Monte Grappa 95 Cassina Rizzardi (Co), **utilizzando l'Allegato 1, entro e non oltre venerdì 18 settembre 2020**

Le domande dovranno pervenire direttamente a mezzo mail all'indirizzo info@consorzioimpegnosociale.it e dovranno obbligatoriamente allegare un curriculum vitae aggiornato e sottoscritto. Dovrà essere altresì allegata la fotocopia del documento di identità.

Il presente avviso non rappresenta un impegno a contrarre nessun tipo di contratto con coloro che presentano la propria manifestazione di interesse. Il Consorzio non assume alcun impegno nei confronti di coloro che hanno manifestato il proprio interesse e potrà liberamente accedere all'elenco a seconda delle necessità, fatto salvo il principio di rotazione degli incarichi.

Trattamento dei dati: Si precisa che, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, i dati raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità indicate nel presente avviso.

Il presente avviso sarà pubblicato all'Albo Pretorio del Comune di Cassina Rizzardi, sui siti dei comuni consorziati e sul sito istituzionale del Consorzio www.consorzioimpegnosociale.it

Cassina Rizzardi 22 luglio 2020

Il Direttore
Dott. Andrea Catelli

Documento firmato digitalmente

AVVISO PER L'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE DI SOGGETTI QUALIFICATI PER L'INCARICO IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE DI MEDICO COMPETENTE

**Spett.le Ufficio Segreteria
Consorzio Impegno Sociale**

info@consorzioimpegnosociale.it

Domanda di iscrizione all'elenco dei Liberi Professionisti.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
Codice Fiscale _____ Partita IVA _____
Iscritto/a all'Albo dei _____ con iscrizione dal _____
residente in via/piazza _____ n. _____ cap _____
città _____ Prov. _____
telefono n. _____ cell. n. _____ fax
n. _____ e-mail: _____ posta
certificata _____
con domicilio di attività in via/piazza _____ n. _____
cap _____ città _____ Prov _____

CHIEDE

di essere inserito/a nell'elenco dei Liberi Professionisti, cui il Consorzio Impegno Sociale potrà attingere per il conferimento di incarichi libero professionali per i servizi occorrenti.

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti secondo le previsioni contenute nel codice penale e nelle leggi speciali,

DICHIARA,

a) che nei propri confronti non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 6 del d.lgs.159/2011 e s.m.i. o di una delle cause ostative previste dall'articolo _____ 67 del _____ d.lgs.159/2011;

b) che nei propri confronti non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale ovvero condanna, con sentenza passata in giudicato per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'art. 45, paragrafo 1, direttiva Ce 2004/18;

c) che nel proprio certificato del Casellario Giudiziale Anagrafico Storico non risultano trascritte condanne.

(il dichiarante non è tenuto ad indicare nella dichiarazione le condanne quando il reato è stato depenalizzato ovvero per le quali è intervenuta la riabilitazione ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna medesima);

d) che non è stato commesso un errore grave nell'esercizio dell'attività professionale;

e) di non avere commesso violazioni gravi definitivamente accertate rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui è stabilito (si intendono gravi le violazioni che comportano un omesso pagamento di imposte e tasse per un importo superiore all'importo di cui all'articolo 48-bis, commi 1 e 2-bis, del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602);

f) di mantenere regolari posizioni previdenziali ed assicurative presso i seguenti istituti (barrare):

- INPS
- Altro (Specificare).....

e di essere in regola con i relativi versamenti;

DICHIARA ALTRESI',

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana, fatte salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti;
- di prendere atto ed accettare che l'iscrizione nel predetto Elenco non comporta alcun diritto ad essere affidatari di incarichi da parte del Consorzio Impegno Sociale, né l'instaurarsi di un rapporto di lavoro subordinato con l'Ente;
- di impegnarsi a comunicare immediatamente ogni atto modificativo delle dichiarazioni rese con la presente domanda e di essere a conoscenza del fatto che il Consorzio potrà disporre la cancellazione dall'elenco, ove dette modifiche comportino tale effetto;
- di non essere in conflitto di interessi con il Consorzio Impegno Sociale, e di impegnarsi a comunicare alla stessa l'insorgenza di ogni causa di conflitto di interessi, anche potenziale, entro 30 giorni dall'insorgere della stessa;
- di impegnarsi, in caso di incarico, ad accettare che il relativo corrispettivo sarà determinato sulla base di una previsione di spesa da concordare tra le parti;
- di impegnarsi ad accettare i termini e le modalità di pagamento predeterminati dal Consorzio Impegno Sociale;
- di essere attualmente titolare di una garanzia assicurativa per la responsabilità civile professionale verso terzi, a copertura dei danni provocati nell'esercizio dell'attività professionale, con la seguente Compagnia:
 - Assicurazione: _____

- N. polizza _____
- massimale assicurato pari ad € _____

- di autorizzare il Consorzio Impegno Sociale al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, e in conformità a quanto previsto dal Regolamento europeo G.D.P.R. 679/2016., per tutte le procedure relative e/o conseguenti all'iscrizione all'Elenco;
- di aver preso visione del Codice Etico, della politica e del Modello di organizzazione, gestione e controllo ai sensi del D.Lgs 231/2001 adottati e pubblicati sul sito web del Consorzio Impegno Sociale (www.consorzioimpegnosociale.it) e si impegna a rispettarli.

Il sottoscritto chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo _____, impegnandosi a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni successive.

Allega alla domanda la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
2. copia sottoscritta del curriculum professionale che attesti l'esperienza professionale maturata dal professionista nelle materie dell'Elenco prescelte, le eventuali specializzazioni, con indicazione specifica dell'eventuale svolgimento di incarichi svolti.

Data _____

Firma _____