

Allegato A

Modello dichiarazione possesso requisiti medico indicato dalla società

OGGETTO: DICHIARAZIONE POSSESSO REQUISITI PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA E NOMINA DEL MEDICO COMPETENTE AI SENSI DEL D.LGS. N. 81/2008

Il sottoscritto nato
a
..... il in qualità di
medico designato per lo svolgimento del servizio dalla
società
.....

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 della predetta normativa:

1. Di non incorrere nelle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 s.m.i. o di situazioni di incapacità a contrarre con la P.A. compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'art. 14 del D. Lgs. n. 81/2008 ed il divieto di cui all'art. 53 c. 16 ter del D.Lgs. n. 165/2001;
2. Di possedere il seguente titolo previsto all'art. 38 del D. Lgs. 81/2008.....
.....;
Di essere iscritto presso l'ordine dei medici di ;
3. Di essere iscritto all’elenco nazionale dei medici competenti in materia di tutela e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui al D.M. 04.03.2009;
4. Di possedere idonea copertura assicurativa contro i rischi professionali;
5. Di essere in regola con i Crediti ECM di cui all’art. 38, comma 3 del D.Lgs. n.81/2008 e s.m.i., per il corrente triennio
6. Di aver eseguito servizi di sorveglianza sanitaria, ai sensi del D. Lgs. n.81/2008 e s.m.i., nel quinquennio 2015-2019.

Data

Firma

N.B. Alla dichiarazione deve essere allegato un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.