**Allegato 4**

**BANDO DI GARA PER L’AGGIUDICAZIONE DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA OFFERTA CIG: Z0C329540C**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di

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

rappresentate legale, procuratore, etc. dell’impresa

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

con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OFFRE**

per l’attribuzione dell’incarico di “MEDICO COMPETENTE”, il seguente costo annuo (lordo stato e per le ditte IVA compresa):

|  |  |
| --- | --- |
| **Oggetto** | **Costo orario in lettere e in cifre** |
|  | **Omnicomprensivo al lordo di ogni fiscalità** |
|  |  |
| Incarico annuale medico competente, |  |
| comprensivo di relazione annuale, |  |
| partecipazione alla riunione periodica e |  |
| consulenze varie (indicare importo complessivo annuale) |  |
|  |  |
|  |  |
| Importo richiesto per visita medica dipendente |  |
| (se trattasi di importi diversi a seconda del |  |
| profilo professionale (personale amministrativo/collaboratori scolastico) indicare importo per ogni profilo compreso eventuale costo per uscita  **Per costo di uscita si intende l’esecuzione delle visite presso la sede e/o plessi dell’Istituto)**  **Indicare anche il costo di eventuali visite richieste dal personale docente** |  |
|  |  |
|  |  |
| Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_