**ALLEGATO 3**

# Al Dirigente Scolastico

# dell’IIS Ramacca-Palagonia

**Oggetto: Offerta economica relativa all’ Avviso per l’affidamento dell’incarico di Medico Competente per il Servizio di Sorveglianza Sanitaria, del personale dell’Istituto**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale / Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ubicazione attività e Recapito professionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica PEO e/o PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**O F F E R T E**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PRESTAZIONE | IMPORTO RICHIESTO | PUNTEGGIO (a cura della Commissione) |
| Incarico annuale medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie. | € ..…………………….. | ------------------------------------------  MAX 30 PUNTI |
| Prima visita medica, comprensivo della contestuale compilazione del libretto sanitario e giudizio di idoneità alle mansioni (costo cadauno), compreso eventuale costo per uscita. | € ..…………………….. | ---------------------------------  MAX 15 PUNTI |
| Visite mediche periodiche con giudizio di idoneità (costo cadauno), compreso eventuale costo per uscita | € ..…………………….. | --------------------------------------  MAX 15 PUNTI |
| TOTALE PUNTEGGIO Offerta Economica | | -----------------------------------------  MAX 60 punti |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESSIONISTA(\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*)firmare digitalmente nel caso di trasmissione per PEC