**ALLEGATO 2**

**Al Dirigente Scolastico I.I.S. MEDI BARCELLONA-ME**

**SCUOLA CAPOFILA- AMBITO 15-**

**Oggetto: Offerta economica relativa all’ Avviso per la manifestazione d’interesse per L’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 R E**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  Importo per dipendente (Ominicomprensivo) |  Importo Unico(Ominicomprensivo) |
| 1. Costi degli obblighi del Medico Competente – Art. 25 D.Lgs. 81/2008 | ================= |  |
| 2. Costi inerenti la formazione/informazione al personale scolastico  |  |  |
| 3. Costi delle visite del personale da sottoporre a sorveglianza sanitaria e giudizio di idoneità,suddiviso tra: |  |  |
| · Visite mediche periodiche al personale di segreteria (con Visio Test) |  |  |
| · Visite ai collaboratori scolastici, insegnanti scuola infanzia e di sostegno (sollevamento carichi, rischio biologico…) |  |  |
| · Visite al personale docente scuola primaria e secondaria |  |  |

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

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