

**ALLEGATO C**  
**OFFERTA ECONOMICA PER LA SELEZIONE DI MEDICO COMPETENTE**

Offerta economica **per singolo anno:**

VOCE	INDICARE L'IMPORTO IN CIFRE E IN LETTERE	PUNTEGGIO (PARTE COMPILATA DALLA PA)
Incarico annuale medico competente per le prestazioni di cui agli artt. 1 e .3 per ciascuna delle istituzioni scolastiche che ha aderito al bando, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie	€ .....*	
Prima visita medica, comprensivo della contestuale compilazione del libretto sanitario e giudizio di idoneità alle mansioni (costo cadauno), compreso eventuale costo per uscita.	€ .....*	
Visite mediche periodiche con giudizio di idoneità (costo cadauno), compreso eventuale costo per uscita	€ .....*	
test visivo biennale/quinquennale per addetti VDT	€ .....*	
Singola somministrazione di alcol test non invasivo	€ .....*	
Valutazione clinico funzionale del rachide (costo cadauno)	€ .....*	
Spirometria, valutazione ergofoamologica (costo cadauno)	€ .....*	
certificati medici (certificato flessibilità, astensione obbligatoria, etc .. su richiesta della scuola)	€ .....*	

\*L' importo si intende onnicomprensivo, al lordo di qualsiasi onere previdenziale, fiscale, assicurativo e di legge.

Esperienze lavorative in qualità di Medico Competente, presso scuole statali:

ESPERIENZA LAVORATIVA	PERIODO DI RIFERIMENTO	PUNTEGGIO (PARTE COMPILATA DALLA PA)


Esperienze lavorative in qualità di Medico Competente, presso enti pubblici/privati:

ESPERIENZA LAVORATIVA	PERIODO DI RIFERIMENTO	PUNTEGGIO (PARTE COMPILATA DALLA PA)

Luogo di effettuazione delle visite di sorveglianza sanitaria (distanza dalla sede)

PARAMETRO	LUOGO	PUNTEGGIO (PARTE COMPILATA DALLA PA)
Luogo di effettuazione delle visite di sorveglianza sanitaria (distanza dalla sede)	Luogo ..... Distanza dalla sede .....	

**Timbro e firma per accettazione  
da parte dell'offerente**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (luogo), (data)

\_\_\_\_\_