



**Dott. Pier Franco Canalis**

MEDICO DEL LAVORO

**ALLEGATO 1**

**ALL'ORDINE MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
VIA CAVOUR 71/B 07100 SASSARI  
PEC: [ordine.ss@pec.omceo.it](mailto:ordine.ss@pec.omceo.it)**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E/O DI ATTO DI NOTORIETÀ  
(articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

**CIG Z5539D2969**

Il/La sottoscritto/a PIER FRANCO CANALIS nato a SASSARI il 04/11/1972 residente in SASSARI Via RISORGIMENTO n. 8

codice fiscale CNLPFR72S04I452E partita IVA 02025010907

con studio (domicilio professionale) a SASSARI in Via CARLO FELICE n. 48/D

CAP 07100 tel. 079280686 cell. 3388768238 n. fax

e-mail [INFO@MEDICOAZIENDALE.IT](mailto:INFO@MEDICOAZIENDALE.IT) (PEC) [MEDICOAZIENDALE@PEC.IT](mailto:MEDICOAZIENDALE@PEC.IT)

in relazione all'incarico professionale avente ad oggetto lo svolgimento dell'attività di **"Medico Competente" ai sensi dell'art. 17 del D.L.gs 626/96** – a favore dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Sassari **per l'anno 2023** - - **CIG Z5539D2969**

**PRESO ATTO**

di tutte le condizioni e dei termini di partecipazione stabiliti nella lettera di invito prot. n. 961/2023 del 06/02/2023, tenuto conto degli artt. 46 e 47 del citato DPR n. 445/2000 sotto la propria responsabilità quale soggetto proponente, nella qualità di professionista individuale, la presente manifestazione di interesse, consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., nonché delle conseguenze amministrative in relazione all'invito di manifestazione di interesse per l'affidamento dell'incarico professionale avente ad oggetto lo svolgimento dell'attività di **"Medico Competente" ai sensi dell'art. 17 del D.L.gs 626/96:**



## **Dott. Pier Franco Canalis**

MEDICO DEL LAVORO

### **DICHIARA**

1. di essere cittadino/a italiano/a, ovvero di essere in possesso della cittadinanza di uno degli stati non comunitari in possesso del permesso di soggiorno in regola con la normativa vigente e in corso di validità, nonché, fatta eccezione della titolarità della cittadinanza italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica e di conoscenza adeguata della lingua italiana;
2. di godere di diritti civili e politici;
3. di essere in possesso dei requisiti di ordine generale di cui all'art. 80 del D.Lgs 50/2016 e ss.mm.ii.;
4. l'inesistenza di situazioni che determinino l'incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione;
5. di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di pronunzie civili o provvedimenti amministrativi iscritti nel
6. casellario giudiziale;
7. di non avere pendente nei propri confronti procedimenti per l'applicazione di una delle misure di
8. prevenzione o di una delle cause ostative previste dal D. Lgs n. 159/2011 (cd. Codice Antimafia);
9. di non aver riportato condanne penali, anche non definitive, per reati contro la P.A. (Titolo II codice penale) e/o di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
10. di non essere a conoscenza di indagini penali a proprio carico;
11. di non versare in situazione di incompatibilità nonché di conflitto di interessi con l'Ordine;
12. di essere in possesso dei requisiti di partecipazione specificati nella lettera di invito;
13. di impegnarsi a svolgere l'incarico personalmente;
14. di essere in possesso di un'organizzazione propria per l'espletamento del servizio;
15. di essere in possesso dei requisiti di idoneità tecnico professionale per l'espletamento dell'incarico indicato nella lettera di invito suindicata di particolare e comprovata esperienza correlata alla materia oggetto della prestazione richiesta;
16. di essere iscritto all'Ordine dei MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI da almeno cinque anni: al n. 4357 dal 28/09/1999;



## Dott. Pier Franco Canalis

MEDICO DEL LAVORO

17. di non avere procedimenti disciplinari pendenti o essere sottoposti a sanzione disciplinare;
18. di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi contributivi presso la Cassa previdenziale del proprio Ordine professionale e di mantenere le seguenti posizioni previdenziali ed assicurative presso la Cassa: ENPAM - Ente nazionale di Previdenza e Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri; Codice **300234658Q**;
19. di essere in possesso di polizza assicurativa R.C. professionale;
20. di avere, nel complesso, preso conoscenza della natura del servizio e di tutte le circostanze generali, e particolari, che possono influire sia sull'esecuzione del servizio, sia sulla determinazione dell'offerta e di giudicare pertanto remunerativa l'offerta economica presentata;
21. di aver effettuato uno studio approfondito del servizio di cui all'oggetto, di ritenerlo adeguato e realizzabile per il prezzo corrispondente all'offerta presentata;
22. di accettare che ogni comunicazione relativa alla presente procedura, venga validamente inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (della cui operatività il dichiarante assume ogni rischio) **PEC [MEDICOAZIENDALE@PEC.IT](mailto:MEDICOAZIENDALE@PEC.IT)** ;
23. di riconoscere ed accettare che la sottoscrizione del contratto per lo svolgimento dell'incarico professionale non comporta il diritto ad essere affidatario di ulteriori incarichi se non a seguito di specifico atto di conferimento di incarico, né il diritto ad ottenere alcuna remunerazione in difetto di specifico conferimento;
24. di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del Regolamento (Ue) 2016/679, che i dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allegano:

- – **curriculum vitae** aggiornato sottoscritto digitalmente e redatto secondo il DPR n. 445 /2000 nella quale siano indicati il titolo di studio, l'iscrizione all'Ordine professionale e gli aspetti più qualificanti del proprio percorso professionale, quali il possesso della particolare e comprovata esperienza strettamente correlata alla materia oggetto della prestazione e ogni altro elemento attinente con il servizio oggetto di affidamento, anche a favore di Enti pubblici;
- – **copia** fotostatica non autenticata, di **documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi degli art. 38, 46 e 47 del DPR n. 445/2000



**Dott. Pier Franco Canalis**

MEDICO DEL LAVORO

Si prende, altresì, atto che:

**Il titolare del trattamento** è l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Sassari, Via Cavour 71/B;

**Responsabile del procedimento contrattuale** è il Presidente pro tempore dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Sassari.

Sassari, 08/02/2023

Firma \_\_\_\_\_

nb: la presente dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi degli art. 38 e 47 del DPR n. 445/2000