|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *ISTITUTO COMPRENSIVO “SAMPIERDARENA”* *Piazza Monastero 6, GENOVA* ***Tel 010 - 936389 - FAX 010 - 2344335*** *GEIC85100E@ISTRUZIONE.IT - GEIC85100E@PEC.ISTRUZIONE.IT -*[*WWW.ICSAMPIERDARENA.EDU.IT*](http://WWW.ICSAMPIERDARENA.EDU.IT) *–* ***C.F. 95159930106*** |  |

**ALLEGATO D**

 **OFFERTA ECONOMICA**

**Riferimento all’ AVVISO PUBBLICO Prot. n. …….………….……. del ………………………….……….**

Il/La sottoscritto/a

C.F. P. IVA nato a (Prov ) il residente a via

n° C.A.P. Telefono

cell. e-mail

OFFRE

per l’attribuzione dell’incarico di “MEDICO COMPETENTE”, il seguente costo annuo lordo

|  |  |
| --- | --- |
| **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 indicare importo per ogni profilo) compreso eventuale costo per uscita: * Visita medica specialistica
* Test visivo
* Sopralluogo e stesura del verbale
* Spirometria
 |  |

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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