

## Allegato 2

(DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA – NON SCRIVERE A MANO SUL PRESENTE FAC – SIMILE)

Spett. le ASP Frosinone  
Viale Mazzini, 133  
03100 Frosinone  
aspfrosinone@pec.it

AVVISO DI RICERCA DI MERCATO FINALIZZATA AD ACQUISIRE MANIFESTAZIONI DI INTERESSE NON VINCOLANTI PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI MEDICINA DEL LAVORO DELL’ASP FROSINONE - OFFERTA ECONOMICA.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (CF \_\_\_\_\_ e P.Iva \_\_\_\_\_), con studio in \_\_\_\_\_, tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ oppure \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

La Società \_\_\_\_\_ (CF \_\_\_\_\_ e P.Iva \_\_\_\_\_) in persona del legale rappresentante pt. \_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_, tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

in qualità di **medico competente** ed esperto che è a conoscenza della normativa nazionale e regionale dell’ASP Frosinone, quale ente pubblico non economico,

### PRESENTA

la seguente offerta relativamente all’attività del medico competente per l’esercizio 2024:

- partecipazione all’organizzazione delle procedure di formazione
- stesura dell’allegato 3b (dati aggregati sanitari anonimi)
- invio telematico dell’allegato 3b
- sopralluoghi ambienti di lavoro e relativa relazione
- partecipazione alla riunione periodica annuale
- formulazione dei R.A.C. (risultati anonimi collettivi)
- redazione protocolli specifici per mansione
- gestione emergenza Covid-19 (lavoratori fragili etc.)
- visita medica, incluso esame clinico funzionale del rachide
- accertamenti strumentali mirati al rischio lavorativo
- ogni altro adempimento previsto dalle vigenti normative
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**OFFRE (IN CIFRE E LETTERE)** *specificare importo lordo ed eventuali oneri e spese*

come compenso annuo omnicomprensivo delle prestazioni dettagliate da corrispondersi in rate:

- mensili;
- trimestrali;
- annuali.

Distinti saluti,

[luogo e data]

[sottoscrizione]