Allegato 3 (offerta)

|  |  |
| --- | --- |
| PRESTAZIONE | IMPORTO |
| * Incarico medico competente, comprensivo di assunzione di responsabilità Covid, relazione sanitaria annuale, piano di sorveglianza sanitario e una riunione periodica annuale * una visita agli ambienti di lavoro   (importo massimo € 1.500,00 omnicomprensivo di qualsiasi ritenuta fiscale e/o spesa) | € ………….………………………….  € ………….…………………………. |
| Sopralluogo agli ambienti di lavoro |  |
| Visite mediche per collaboratori scolastici così strutturate.  Visita medica  Esame spirometrico  Scheda sanitaria  Elettrocardiogramma (a giudizio del Medico Competente) | € ..……………………………………..  € ..…………………………………….. |
| Visite mediche per assistenti amministrativi così strutturate.  Visita medica  Esame ergoftalmologico  Scheda sanitaria | € ..…………………………………….. |
| Visita medica straordinaria per accertamento idoneità lavoratori fragili contesto Covid-19 | € ..…………………………………….. |
| Costo orario per altre attività non espressamente già indicate | € ..…………………………………….. |

FIRMA DEL PROFESSIONISTA