



## AVVISO DI INTERESSE

L'Automobile Club d'Italia, Ente Pubblico non Economico a base associativa, con sede in Roma, via Marsala n. 8, nell'ambito dei servizi istituzionali e delle iniziative a favore degli automobilisti nonché dei propri associati

### RENDE NOTO

che intende dare in concessione l'uso del proprio ambulatorio medico - consistente in un locale sito al I piano della sede centrale di via Marsala n. 8 - Roma, a medici abilitati al rilascio dei certificati medici per il conseguimento ed il rinnovo della patente di guida ai sensi dell'art. 119, comma 2 decreto lgs. 30 aprile 1992 n. 285 e successive modificazioni, con decorrenza 01/12/2018 per un periodo di anni 2 con eventuale proroga per 12 mesi.

A tal fine dispone il presente avviso di interesse, nel rispetto dei principi di trasparenza e rotazione, a garanzia altresì dell'economicità dell'iniziativa, rivolto esclusivamente ai medici in possesso dei requisiti di cui al successivi art. 1.

### ART. 1 - REQUISITI:

- a) abilitazione al rilascio dei certificati medici per il conseguimento ed il rinnovo della patente di guida ai sensi dell'art. 119, comma 2 decreto lgs. 30 aprile 1992 n. 285 e successive modificazioni;
- b) accredito presso l'Ufficio Provinciale della Motorizzazione Civile ai sensi degli artt. 1 e 2 del decreto Dirigenziale del Ministero dei Trasporti e Infrastrutture del 31/01/2011 pubblicato sulla G.U Serie Generale n. 38 del 16/02/2011 (codice di identificazione);
- c) assenza delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e successive modificazioni

La mancanza anche di uno solo dei requisiti sopraindicati comporta l'esclusione dalla procedura.

### ART. 2 TERMINI E CONDIZIONI DELLA CONVENZIONE

#### A - ORARI UTILIZZO ABULATORIO

L'utilizzo dell'ambulatorio di cui sopra sarà possibile nei seguenti orari settimanali predefiniti, suddivisi in due fasce orarie:

##### 1.1 FASCIA ORARIA A

	Giorno	Dalle ore	Alle ore
MATTINA	Lunedì	8,00	9,30
	Venerdì	8,00	9,30
POMERIGGIO	Martedì	15,00	17,00
	Giovedì	15,00	17,00



## 1.2 FASCIA ORARIA B

	Giorno	Dalle ore	Alle ore
MATTINA	Martedì	8,00	9,30
	Giovedì	8,00	9,30
POMERIGGIO	Lunedì	14,30	16,30
	Venerdì	14,30	16,30

Le visite saranno effettuate tutti i giorni lavorativi dal lunedì al venerdì, con gli orari sopra riportati, con eccezione del mese di Agosto nel quale l'ambulatorio resterà chiuso almeno 15 giorni lavorativi tra il 1° ed il 31, e delle festività.

### B - CONDIZIONI DEL'OFFERTA

Il Medico che propone la propria offerta migliorativa:

1. può proporre l'offerta per una o entrambe le fasce orarie facendo comunque distinte proposte per ciascuna fascia oraria;
2. in caso di impossibilità ad effettuare le visite nelle fasce orarie previste nella concessione, si impegna a dare formale comunicazione della propria assenza, con un preavviso non inferiore alle 24 ore, garantendo la sua sostituzione con altro professionista avente i requisiti sopracitati; l'indicazione del medico sostituito deve essere contestualmente comunicata con le modalità indicate nell'allegato 1. In caso di inadempimento sarà comminata la sanzione di € 30,00 per ciascuna giornata in cui il servizio non sarà effettuato;
3. si impegna a garantire il servizio per tutto l'anno nell'orario concordato ad eccezione delle festività nazionali, del santo patrono di Roma e del mese di Agosto, nel quale l'ambulatorio resterà chiuso almeno 15 giorni lavorativi tra il giorno 1° e il giorno 31.

L'inosservanza delle condizioni di cui ai punti 2 e 3 potrà comportare la decadenza dalla concessione.

### C – ATTREZZATURA E SERVIZI MESSI A DISPOSIZIONE DA PARTE DI ACI

- Ambulatorio medico sito in via Marsala 8, I piano;
- Tavola optometrica, apparecchio ergovision, lettino per visita, matassa colori;
- Apparecchiature informatiche e collegamenti con Motorizzazione Civile, "protocollo TLS v 1.2" - Personal computer, scanner, collegamento Internet;
- Manutenzione e assistenza informatica;
- Servizi di "Accoglienza", gestione degli ingressi visitatori (Passi);
- L'Ente darà idonea pubblicità al servizio pubblicando sul sito istituzionale i giorni, gli orari delle visite e la documentazione che gli utenti dovranno esibire.



## **D - CANONE MINIMO DA RIVERSARE AD ACI PER LA CONCESSIONE IN USO DELL'AMBULATORIO**

Il canone minimo per la concessione in uso dell'ambulatorio sopradescritto è stabilito in € 600,00 oltre IVA annue per ciascuna fascia oraria di cui al punto A.

Tale importo risulta così costituito:

- € 300,00 oltre IVA a copertura di tutte le spese di funzionamento e di gestione quali la fornitura di energia elettrica, acqua, riscaldamento, uso strumentazione informatica, manutenzione ed assistenza informatica, uso strumentazione medica, servizio portineria;
- € 300,00 oltre IVA come canone di concessione per l'uso dell'ambulatorio.

Sul canone base il professionista dovrà presentare un'offerta migliorativa secondo le indicazioni di cui alla sottoindicata lettera F ed all'art 6 del presente avviso.

Il pagamento dovrà essere effettuato con cadenza bimestrale anticipata.

## **E - CORRISPETTIVO MASSIMO DELLA VISITA MEDICA**

Il corrispettivo massimo che il professionista potrà richiedere per la visita medica è:

- € 25,00 ai dipendenti ACI e loro familiari entro il secondo grado ed ai soci ACI.
- € 30,00 a tutte le altre categorie di utenti.

L'Automobile Club d'Italia si riserva la facoltà di verificare il rispetto delle tariffe sopraindicate. In caso di inadempienza la concessione sarà revocata.

## **F - OFFERTE MIGLIORATIVE**

L'aggiudicazione avrà luogo a favore del professionista o dei professionisti (uno per ciascuna fascia oraria) che avrà/avranno presentato l'offerta più vantaggiosa per l'Amministrazione e il cui prezzo sarà maggiore a quello fissato nel presente avviso (non saranno pertanto accettate offerte inferiori al prezzo posto a base di gara). In caso di offerte uguali si procederà ad estrazione a sorte.

## **ART. 3 OBBLIGHI DEL CONCESSIONARIO**

Il concessionario è tenuto a:

- a) Utilizzare il bene per le sole attività per cui è concesso;
- b) Non cedere ad altri l'uso e l'utilizzo del bene durante il periodo di concessione con esclusione delle sostituzioni previste dall'art. 2 lett. B n. 2;
- c) Tenere sollevato l'Ente da qualsiasi responsabilità per quanto possa accadere nell'ambulatorio ricevuto in concessione a persone o a cose per tutta la durata o a causa dell'utilizzo del bene stesso;
- d) Risarcire all'Ente eventuali danni arrecati al bene durante l'uso in concessione;
- e) Corrispondere il canone di concessione entro i termini stabiliti all'art 2 lett. D.



#### **ART. 4 INFORMAZIONI AGGIUNTIVE**

In media nell'ambulatorio medico vengono effettuate circa 500 visite annue.

I professionisti interessati potranno prendere visione del locale. A tal fine dovranno contattare il sig. Giacomo Proietti all'indirizzo mail [g.proietti@aci.it](mailto:g.proietti@aci.it) per fissare un appuntamento.

Gli addetti alla portineria, preposti all'Accoglienza dopo aver ricevuto i documenti d'identità dai richiedenti le visite, rilasciano i fogli - passi numerati con le generalità degli stessi. Il documento è restituito al proprietario per essere presentato al medico.

Nel contempo, gli addetti all'Accoglienza registrano - ai fini della sicurezza - le stesse generalità anche su archivio PC in dotazione al personale di portineria.

Sui fogli passi, a visita conclusa, anche ai fini della sicurezza interna, il medico è tenuto ad apporvi l'orario di uscita e la propria firma.

Qualora la visita non venga effettuata, il medico dovrà apporre l'orario di uscita e il timbro "visita medica non effettuata" con relativa firma.

#### **ART. 5 REVOCA/ DECADENZA DELLA CONCESSIONE**

La concessione ha carattere temporaneo e può essere revocata dall'Ente per giustificati motivi senza preavviso e senza risarcimento danni alla parte concessionaria.

L'inosservanza di una sola delle condizioni di cui all'art. 2 determina l'immediata decadenza della concessione.

#### **ART. 6 MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE OFFERTE**

Le offerte per la concessione dell'uso dell'ambulatorio medico per effettuare le visite mediche valide ai fini del conseguimento e del rinnovo della patente di guida ai sensi dell'art. 119, comma 2 decreto lgs. 30 aprile 1992 n. 285 e successive modificazioni, dovranno pervenire all'indirizzo sottoindicato **entro e non oltre le ore 12,00 del 29 novembre 2018.**

A tal fine gli offerenti potranno utilizzare alternativamente i seguenti strumenti:

- raccomandata A.R. del servizio postale, mediante agenzia di recapito autorizzata;
- consegna a mano, al seguente indirizzo: Automobile Club d'Italia – Ufficio Protocollo, 1° piano via Marsala n. 8- 00185 Roma .

In entrambi i casi sul plico chiuso dovrà essere riportato nome e cognome del professionista che presenta l'offerta e la seguente dicitura: "OFFERTA VISITE MEDICHE AI FINI DEL RILASCIO O RINNOVO PATENTE DI GUIDA".



**Il plico dovrà contenere:**

1. la dichiarazione sostitutiva di essere in possesso dei requisiti dei cui alla lett. a) e b) dell'art. 1e di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e smi di cui all'art. 1 del presente avviso, allegando la copia di un documento di identità in corso di validità;
2. una busta chiusa con la seguente dicitura "offerta economica dott. (nome e cognome)" che contenga l'offerta economica redatta secondo il fac-simile allegato al presente avviso (all.2), che non lasci trasparire il contenuto della stessa, e il cui sistema di chiusura garantisca che non vi sia stata manomissione.

Funzionario Responsabile del procedimento è la dott.ssa Anna Formai, Funzionario della Direzione Centrale Risorse Umane e AA GG – Tel 0649982335 mail [a.formai@aci.it](mailto:a.formai@aci.it), cui ci si potrà rivolgere per eventuali chiarimenti.

**ART. 7 APERTURA DEI PLICHI**

1. I plichi verranno aperti il giorno 30 novembre 2018 alle ore 12.00, presso la Direzione Risorse Umane e Affari Generali, via Marsala 8, IV piano.
2. L'esito della presente procedura sarà comunicato ai diretti interessati a mezzo PEC.

**ART. 8 TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

I dati raccolti saranno raccolti, anche con strumenti informatici, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27/04/2018 (Regolamento generale sulla protezione dei dati), e del D. Lgs. n. 101 del 10/08/2018 esclusivamente nell'ambito della procedura del presente avviso di interesse.

**ART. 9 SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO**

1. L'Automobile Club d'Italia è in regola con quanto previsto dal d. lgs. 81/2008 in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Contestualmente alla stipula del contratto di concessione sarà consegnato un estratto del Documento di Valutazione dei Rischi e una copia del "Piano per le emergenze".
2. Il professionista, nell'espletamento della loro attività professionale all'interno della sede dell'ACI, è tenuto all'osservanza di tutte le norme e di tutte le prescrizioni tecniche in vigore in materia di sicurezza e salute dei lavoratori previste dal D.Lgs. n.81/2008 e relative circolari esplicative in vigore, nonché quelle che dovessero essere emanate nel corso della durata del presente contratto.



**Art. 10 CODICE DI COMPORTAMENTO**

Si allega al presente avviso il Codice di comportamento dell'ACI . I professionisti cui sarà dato in concessione l'uso dell'ambulatorio, nell'espletamento della loro attività professionale all'interno della sede dell'ACI, sono tenuti a rispettare quanto indicato nel suddetto codice.

IL RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO

(Anna Formai)



Allegato 1- Autocertificazione

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_  
Pec \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni false ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000, della decadenza dei benefici sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del DPR 445/2000, nonché di quanto previsto dall'art.71 del DPR 445/2000 sul consenso prestato dal dichiarante con la presente, al controllo della corrispondenza al vero di quanto dichiarato,

DICHIARA

Di essere abilitato al rilascio dei certificati medici per il conseguimento ed il rinnovo della patente di guida ai sensi dell'art. 119, comma 2 decreto lgs. 30 aprile 1992 n. 285 e successive modificazioni.

Di essere accreditato presso l'Ufficio Provinciale della Motorizzazione Civile di .....  
.....ai sensi degli artt. 1 e 2 del decreto Dirigenziale del Ministero dei Trasporti e Infrastrutture del 31/01/2011 pubblicato sulla G.U Serie Generale n. 38 del 16/02/2011 (codice di identificazione).

Di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e successive modificazioni.

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Decreto legislativo n° 196 del 30/06/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

FIRMA \_\_\_\_\_

Alla presente autocertificazione deve essere allegato un documento di identità in corso di validità

---



## Avviso di Interesse

per l'individuazione di Medici autorizzati ad effettuare l'accertamento dei requisiti psicofisici per il conseguimento e il rinnovo della patente di guida presso il Centro Medico dell'ACI in Via Marsala, 8 – 00185 Roma.

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_  
Mail \_\_\_\_\_  
Pec \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di Medico Certificatore, iscritto presso l'Ufficio della motorizzazione civile di \_\_\_\_\_ con Codice di Identificazione n. \_\_\_\_\_, in possesso dei requisiti previsti all'art. \_\_\_\_\_ dell'avviso di interesse, dichiara :

1 \*

<input type="checkbox"/>	- di presentare l'offerta per la fascia oraria A degli orari settimanali di cui all'art. 2, punto A dell'avviso di interesse
<input type="checkbox"/>	- di presentare l'offerta per la fascia oraria B degli orari settimanali di cui all'art. 2, punto A dell'avviso di interesse

2 \*

<input type="checkbox"/>	- di offrire l'importo di € _____ per la fascia oraria A
<input type="checkbox"/>	- di offrire l'importo di € _____ per la fascia oraria B

3

<input type="checkbox"/>	- di garantire le sostituzioni i caso di impossibilità ad effettuare le visite – art. 2 lett B, punto 2
--------------------------	---

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

\* il professionista che intende presentare l'offerta per entrambe le fasce orarie deve fare due offerte separate, una per ogni fascia oraria;

La scelta delle opzioni si manifesta barrando la relativa casella.  
Allegare copia di un documento d'identità