

# ANAC

## Autorità Nazionale Anticorruzione

### Logo

## AVCP

- [Accessibilità](#) |
- [Contatti](#) |
- [Mappa del sito](#) |
- [Dove Siamo](#) |
- [English](#) |
- [Privacy](#) |
  
- [Autorità](#)
- [Servizi](#)
- [Attività dell'Autorità](#)
- [Comunicazione](#)

[Home](#) » [Servizi](#) » [Servizi ad Accesso riservato](#) » [Smart CIG](#) » [Lista comunicazioni dati](#) » [Dettaglio CIG](#)

**Utente:** Selima Giorgia Giuliano

**Profilo:** RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO EX ART. 10 D.LGS. 163/2006

**Denominazione Amministrazione:** CENTRO REGIONALE INVENTARIO E CATALOGAZIONE BENI CULTURALI - CENTRO REGIONALE PER L'INVENTARIAZIONE, LA CATALOGAZIONE E LA DOCUMENTAZIONE

### Cambia profilo - Logout

- [Home](#)
- [Gestione smart CIG](#)
  - [Richiedi](#)
  - [Visualizza lista](#)
- [Gestione CARNET di smart CIG](#)
  - [Rendiconta](#)
  - [Visualizza lista](#)

## Smart CIG: Dettaglio dati CIG

### Dettagli della comunicazione

CIG	<b>Z372EDB3EF</b>
Stato	CIG COMUNICATO
Fattispecie contrattuale	CONTRATTI DI IMPORTO INFERIORE A € 40.000
Importo	€ 1.440,00
Oggetto	Affidamento incarico medico competente
Procedura di scelta contraente	AFFIDAMENTO DIRETTO

Oggetto principale del contratto	SERVIZI
CIG accordo quadro	-
CUP	-
Disposizioni in materia di centralizzazione della spesa pubblica (art. 9 comma 3 D.L. 66/2014)	Lavori oppure beni e servizi non elencati nell'art. 1 dPCM 24/12/2015
Motivo richiesta CIG	Stazione appaltante non soggetta agli obblighi di cui al dPCM 24 dicembre 2015

COM010E/10.119.142.122

© Autorità Nazionale Anticorruzione - Tutti i diritti riservati

via M. Minghetti, 10 - 00187 Roma - c.f. 97584460584

Contact Center: 800896936



**Regione Siciliana**  
Assessorato dei Beni Culturali  
e dell'Identità Siciliana  
Dipartimento dei Beni Culturali e dell'Identità Siciliana  
[www.regione.sicilia.it/beniculturali](http://www.regione.sicilia.it/beniculturali)

Posta certificata del Dipartimento:  
[dipartimento.beni.culturali@certmail.regione.sicilia.it](mailto:dipartimento.beni.culturali@certmail.regione.sicilia.it)



**Servizio 10 Centro Regionale per l'inventario, la  
catalogazione e la documentazione grafica, foto-  
grafica, aerofotogrammetrica, audiovisiva**

Sede: Via dell'Arsenale, 52 - 90142 Palermo

Teche:

*Biblioteca, Fototeca, Cartoteca*

*C.so Calatafimi, 217 – Palermo 90129*

*Filmoteca, Via Garzilli, 38 – 90141 Palermo*

[www.cricd.it](http://www.cricd.it)

[cricd@regione.sicilia.it](mailto:cricd@regione.sicilia.it)

[cricsicilia@pec.aruba.it](mailto:cricsicilia@pec.aruba.it)

**Direzione**

Partita Iva 02711070827  
Codice Fiscale 97017670825

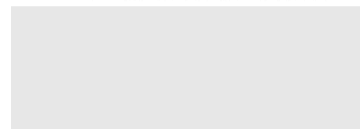
Palermo, prot. N 3090 del 16.10.2020

Rif. Prot. n.

Allegati n°

Oggetto: Emergenza epidemiologica da COVID-19 - Fase 2 affidamento incarico a medico competente ai fini della Sorveglianza sanitaria, ai sensi del D.Lgs 81 del 9 aprile 2008 e degli obblighi discendente dal "Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da Sars-CoVid-2 nei luoghi di lavoro e strategia di prevenzione" - INAIL

Al Dott. Fabio Traina



Visto la nota prot. n. 2883 del 2.10.2020 con la quale si chiedeva al Dipartimento dei Beni Culturali e dell'Identità Siciliana di finanziare la somma di € 1.440,00 per l'affidamento dell'incarico della sorveglianza sanitaria del personale di questo Centro come da preventivo allegato del Dott. Fabio Traina, ritenuto economicamente il più vantaggioso tra quelli pervenuti a questo Ufficio.

In considerazione della nota prot. n. 40130 del 14.10.2020 con cui codesto Dipartimento ha chiesto alla Ragioneria Centrale BB.CC. e I.S. la prenotazione sul Cap. 376598 - codice gestionale Siope U.1.03.02.18.001 del bilancio della Regione Siciliana - Esercizio finanziario 2020 della somma di € 1.440,00 per la sorveglianza sanitaria del personale del Centro e contestualmente autorizza questo Ufficio a conferire l'incarico di che trattasi.

Con la presente, in relazione a quanto stabilito dall'art. 2, comma 1, lettera h), dall'art. 18, comma 1, lettera a), nonché dall'art. 25 e dal Titolo I, Capo III, Sezione V del D. Lgs. 81/2008 ed in considerazione delle Sue qualifiche professionali, la sottoscritta "**SELIMA GIORGIA GIULIANO**" in qualità di **DATORE DI LAVORO** del "**CENTRO REGIONALE per L'INVENTARIO E LA DOCUMENTAZIONE GRAFICA, FOTOGRAFICA, AEROFOTORAMMETRICA, AUDIOVISIVA DELLA REGIONE SICILIANA**", nomina formalmente il Dott. **Fabio Traina** quale Medico Competente dello Scrivente Ufficio secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

L'accettazione a tale nomina Le comporta l'acquisizione di specifiche conoscenze e responsabilità, nonché l'obbligo ad eseguire precisi doveri quali:

Responsabile del procedimento		Responsabile dell'istruttoria	
Stanza _____	Piano _____	Tel. _____	Durata procedimento _____ (ove non previsto da leggi o regolamenti è di 30 giorni)
Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)		e-mail _____	Responsabile: _____ nome cognome _____
Stanza _____	Piano _____	Tel. _____	Orario e giorni ricevimento Lun - ven 9.00-13.00 mercoledì 15.00-18.00

1. la **collaborazione** nell'effettuazione della Valutazione dei rischi presenti nei luoghi di lavoro; la predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori; lo svolgimento dell'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori per la parte di Sua competenza; la organizzazione del servizio di Primo Soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative di lavoro; la partecipazione all'attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute" secondo i principi della responsabilità sociale (art. 25, comma 1, lettera a), D.Lgs. 81/2008);

La collaborazione del Medico Competente si svolgerà in piena autonomia di organizzazione e di orario, compatibilmente con le esigenze aziendali fino a revoca di una delle due parti e sarà regolamentata da apposita convenzione con il dott. Fabio Traina.

2. la **partecipazione** alla Riunione periodica, indetta almeno una volta all'anno, così come previsto dall'art. 35, comma 1 del D.Lgs. 81/2008;

3. l'**impegno** ad effettuare le visite mediche, secondo quanto specificato dall'art. 41, del D.Lgs. 81/2008, ovvero:

a) preventive, intese a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato al fine di valutare la sua idoneità alla mansione specifica;

b) periodiche, per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica almeno una volta all'anno qualora non prevista dalla relativa normativa o, con cadenza diversa, da Lei stabilita in funzione della valutazione del rischio, tenendo presente anche che l'organo di vigilanza, con provvedimento motivato, può disporre contenuti e periodicità della sorveglianza sanitaria differenti rispetto a quelli da Lei indicati;

c) su richiesta del lavoratore, qualora siano da Lei ritenuta correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica;

d) in occasione del cambio della mansione onde verificare l'idoneità alla mansione specifica;

e) alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla normativa vigente;

e-bis) visita medica preventiva in fase preassuntiva;

e-ter) visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione".

f) a cura e spese del datore di lavoro, comprendente esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti da Lei necessari e, nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti;

L'impegno a non effettuare visite mediche:

a) per accertare stati di gravidanza;

b) negli altri casi vietati dalla normativa vigente.

L'impegno, sulla base delle risultanze delle visite mediche, ad esprimere uno dei seguenti giudizi relativi alla mansione specifica:

a) idoneità;

b) idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;

c) inidoneità temporanea;

d) inidoneità permanente

L'impegno ad informare, per iscritto, il datore di lavoro e il lavoratore circa i giudizi espressi e, nel caso di espressione del giudizio di inidoneità temporanea, a precisare i limiti temporali di validità.

L'impegno affinché gli esiti della visita medica vengano allegati alla cartella sanitaria e di rischio di cui all'art. 25, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 81/2008, secondo i requisiti minimi contenuti nell'Allegato 3A e predisposta su formato cartaceo o informatizzato, come previsto dall'art. 53 del D.Lgs. 81/2008.

4. l'**obbligo**, secondo quanto stabilito dall'art. 25, comma 1 del D.Lgs. 81/2008 a:

a) consegnare, alla cessazione dell'incarico, la documentazione sanitaria in Suo possesso nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. 196/2003 e con salvaguardia del segreto professionale (lettera d));

Responsabile del procedimento			Responsabile dell'istruttoria		
Stanza _____	Piano _____	Tel. _____	Durata procedimento _____	(ove non previsto da leggi o regolamenti è di 30 giorni)	
Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)			e-mail _____	Responsabile: nome cognome _____	
Stanza _____	Piano _____	Tel. _____	Orario e giorni ricevimento _____	Lun - ven 9.00-13.00 mercoledì 15.00-18.00	

- b) consegnare al lavoratore, alla cessazione del rapporto di lavoro, la documentazione sanitaria in Suo possesso provvedendo a fornire al lavoratore stesso le informazioni riguardo la necessità di conservazione (lettera e));
- c) comunicare per iscritto, in occasione delle riunioni periodiche, al datore di lavoro, al RSPP e al RLS, i risultati anonimi collettivi della Sorveglianza sanitaria effettuata e fornire indicazioni sul significato di tali risultati ai fini dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori (lettera i));
- d) visitare gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o a cadenza diversa stabilita in base alla Valutazione dei rischi provvedendo a comunicare la periodicità diversa da quella annuale al fine della sua annotazione nel Documento di Valutazione dei rischi (lettera l)).

Ella è tenuto all'espletamento di tutti i compiti definiti all'art. 25 e al Titolo I, Capo III, Sezione V del D. Lgs. 81/2008 secondo le modalità e le condizioni di Svolgimento dell'attività di medico competente precisate dall'art. 39 del D. Lgs. 81/2008.

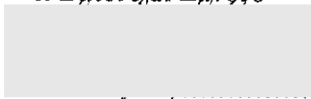
La collaborazione del Medico Competente si svolgerà in piena autonomia di organizzazione e di orario, compatibilmente con le esigenze aziendali fino a revoca di una delle due parti .

La fattura dovrà essere intestata al Centro Regionale per l'inventario, la catalogazione e la documentazione, via dell'Arsenale, 52 - 90142 Palermo - Partita Iva 02711070827 Codice Fiscale 80012000826 Codice Riferimento Amministrazione CYWFDM\_S0021

L'accettazione a tale nomina Le comporta l'assoggettamento a stabilite sanzioni in caso di mancato adempimento degli impegni da Lei assunti così come stabilito dall'art. 58 del D.Lgs. 81/2008.

Voglia restituire copia della presente firmata quale accettazione da parte Sua della nomina a Medico competente.

**Il Datore di Lavoro**



Per **accettazione** di quanto sopra e per conferma della piena conoscenza circa i compiti, le funzioni e gli obblighi inerenti la presente nomina qui accetta.

**Il Medico Competente**

**TRAINA FABIO**

.....16.10.2020.13:41:56.UTC..

Data .....

Responsabile del procedimento		Responsabile dell'istruttoria	
Stanza _____	Piano _____	Tel. _____	Durata procedimento _____ (ove non previsto da leggi o regolamenti è di 30 giorni)
Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)		e-mail _____	Responsabile: _____ nome cognome
Stanza _____	Piano _____	Tel. _____	Orario e giorni ricevimento Lun - ven 9.00-13.00 mercoledì 15.00-18.00

Cogo della società

ALL. J

OGGETTO: conto dedicato ai sensi dell'art. 3, comma 7, legge 136/2010

Il/la sig./ra. **TRAINA FABIO**, legale rappresentante della Società ..... per assicurare la tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'art. 3, della legge n. 136 del 13/8/2010, comunica quanto segue:

ai sensi del comma 7 dell' Art 3 della legge citata, si indicano gli estremi degli conti dedicati:

Istituto Bancario:

IBAN (composto da 27 caratteri)

ABI

CAB

C/c

CIN:

Sono abilitati ad eseguire movimentazioni sul predetto conto i sotto elencati n. .... soggetti:

(Cognome e nome) (Codice fiscale)

(Cognome e nome) (Codice fiscale)

..... (Cognome e nome) (Codice fiscale)

..... (Cognome e nome) (Codice fiscale)

(N.B. qualora si volessero indicare più conti, sarà cura della società integrare il presente atto con l'indicazione degli estremi degli ulteriori conti e i dati dei soggetti abilitati alla movimentazione)

La Società si impegna a comunicare all'Agenzia ogni eventuale variazione relativa agli predetti conti o correnti e ai soggetti autorizzati ad operare su di essi.

La Società, inoltre, si obbliga ad inserire nei contratti sottoscritti con i subappaltatori e subcontraenti un'apposita clausola, a pena di nullità assoluta, con la quale ciascuno di essi assume gli obblighi di tracciabilità finanziaria prescritti dalla legge.

La Società si impegna, altresì, a trasmettere i predetti contratti all'Agenzia, stante l'obbligo di verifica imposto alla stazione appaltante dal comma 9 del predetto art. 3 della legge n. 136/2010.

La società accetta che l'Agenzia provveda alla liquidazione del corrispettivo contrattuale, a mezzo bonifico bancario sull'istituto di credito o su Poste Italiane S.p.A. e sul numero di conto corrente dedicato indicato nella presente clausola, secondo quanto disposto dal contratto in questione, sulla base della consuntivazione dei servizi/forniture effettivamente prestati.

La società riconosce all'Agenzia la facoltà di risolvere in ogni momento il contratto qualora venisse accertato il mancato rispetto dell'obbligo di effettuare tutte le transazioni relative all'esecuzione del presente contratto attraverso l'utilizzo dei conti correnti dedicati accessi presso le banche o la società Poste Italiane SpA così come previsto dalla legge n. 136 del 13 agosto 2010.

Palermo Li 04/11/2020

IL LEGALE RAPPRESENTANTE  
DELLA SOCIETA'



TRAINA FABIO  
04.11.2020  
20:03:03 UTC

Si allega copia del documento d'identità del firmatario

**ATTESTAZIONE**

Si certifica che, sulla base della documentazione acquisita agli atti,

il Dott.

**FABIO TRAINA**

Codice fiscale

Codice Enpam

**risulta**

**in regola** con i versamenti relativi ai contributi dovuti al Fondo di Previdenza Generale.

**Dott. Vittorio Pulci**

*Ai sensi dell'art. 15 della legge 12/11/2011 n. 183, se rilasciato a soggetti privati, il presente certificato non può essere prodotto agli organi della Pubblica Amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi.*