

OGGETTO: MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER LA SELEZIONE DEL MEDICO COMPETENTE.

Il sottoscritto _____
Nato a _____ Provincia _____ il _____
Residente a _____ Provincia _____ CAP _____
Stato _____ Via/Piazza _____ n. _____
Partita IVA _____ C.F. _____
Recapiti: tel. _____ fax _____ e-mail: _____
e-mail PEC: _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

A partecipare alla procedura per l'affidamento dell'incarico di cui all'oggetto della presente ed al tal fine, è consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro nel caso di affermazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.;

DICHIARA

- di non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione di cui agli artt. 94 e 95 del D.Lgs. n. 36/2023;
- l'inesistenza delle cause ostative di cui al D.Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (disposizioni antimafia);
- di essere in possesso della Laurea in.....
- di essere iscritto all'Albo.....
- di essere in possesso dei requisiti per essere nominato Medico Competente;
- di aver stipulato negli ultimi tre anni (2023/2024/2025), con destinatari pubblici o privati contratti riferiti al medesimo oggetto;
- di offrire per l'affidamento dell'incarico in oggetto l'importo annuo di €.....
- di essere informato, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente manifestazione di interesse in oggetto;
- di aver preso conoscenza e di accettare, senza riserva o eccezione alcuna, le condizioni dettate dall'avviso.;
- di offrire ulteriori servizi a pagamento (max 3) quali.....

_____ li _____

(timbro e firma)

Si allegano:

- documento d'identità, in corso di validità
- curriculum vitae