

ALLEGATO "A"

DICHIARAZIONE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Avviso esplorativo per l'acquisizione di manifestazioni di interesse per l'affidamento dell'incarico di Medico Competente per lo svolgimento del Servizio di sorveglianza sanitaria presso il teatro comunale di Guastalla Ruggero Ruggeri

Spett.le
Comune di Guastalla
Ufficio Cultura
Vicolo Carracci 2
42016 Guastalla

Il sottoscritto
nato a Prov. il
residente nel Comune di Prov. Stato
Via/Piazza n.
CODICE FISCALE
in qualità di medico
.....
con sede nel Comune di Prov. Stato
Via/Piazza n.
con codice fiscale: Partita IVA:
telefono Fax
e-mail Pec
in relazione all'avviso in oggetto, al quale intende partecipare (segnare *con una x la parte di pertinenza sulla base della forma giuridica del ricorrente*):

come persona fisica in qualità di libero professionista singolo o in RTP con i professionisti qui di seguito indicati:

.....nato ail
residente.....Codice Fiscale
.....nato ail
residente.....Codice Fiscale

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

a partecipare all'indagine di mercato di cui all'oggetto, pertanto, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. consapevole delle sanzioni penali previste

dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e s.m.i., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA ALTRESÌ
ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000

Istruzioni per la compilazione: Barrare con una X il • della dichiarazione che si intende rendere.

di avere preso visione integralmente dell'avviso pubblico in oggetto e di accettarne pienamente i contenuti senza alcuna condizione o riserva;

Se persona fisica (anche in caso di R.T.P.)

di essere iscritto nell'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali così come previsto dall'art. 48 comma 4 del D.lgs. N. 81/2008 e s.m.i.

di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili di cui alla legge 12 marzo 1999 n. 68;

Di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi assicurativi e previdenziali (INPS – INAIL) a favore dei lavoratori secondo la vigente legislazione e di applicare le norme contrattuali di settore;

Di essere in regola con gli obblighi della sicurezza e di essere in possesso di un proprio documento di valutazione dei rischi;

che la PEC alla quale verranno inviate comunicazioni in merito alla presente procedura è la seguente:

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

luogo, data _____

TIMBRO E FIRMA

N.B.

- La domanda deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore.
- La presente dichiarazione deve essere sottoscritta dal legale rappresentante dell'impresa. In caso di sottoscrittore diverso dovrà essere compiegata anche copia della procura, accompagnata da una dichiarazione sostitutiva resa dal legale rappresentante ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 che confermi la persistenza del conferimento dei poteri di rappresentanza.
- La presente dichiarazione deve essere resa e firmata dai legali rappresentanti di ciascuna impresa facente parte l'associazione temporanea ovvero da ciascuna impresa consorzata.