

ALLEGATO 1

OGGETTO: "SERVIZIO DI MEDICO COMPETENTE E SORVEGLIANZA SANITARIA" ai sensi del D. Lgs. 81/2008 così come modificato dal D. Lgs n.106/2009 (All. IX - categoria Altri Servizi) del D. Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ codice fiscale: _____ residente a _____ ()
in via /piazza _____ Iscritto all'Ordine Professionale
dei _____ di _____ al n. _____ dal _____ Tel
_____/_____
PEC _____ E-MAIL _____
C. FISCALE _____

IN QUALITÀ DI

- professionista singolo;
- rappresentante di liberi professionisti associati (studio associato, che assumono la seguente denominazione

"....."
....." il quale partecipa come "professionista associato" unitamente a (riportare nominativo qualifica professionale e c.f. di ogni associato):

- 1) nome e cognome _____ qualifica _____
C.F. _____
- 2) nome e cognome _____ qualifica _____
C.F. _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

ad assumere l'incarico per l'esecuzione dei servizi in oggetto ed in relazione all'Avviso del Comune di Ustica.

DICHIARA

di accettare le regole e le modalità contenute nell'avviso pubblico di cui in oggetto;
di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti al punto 4 dell'avviso;
la disponibilità di uno studio medico ubicato nel Comune di Palermo o in Comuni limitrofi;
di non trovarsi in alcuna delle condizioni previste dell'art. 80 del D.L.vo n.50/16 e successive modifiche ed integrazioni;
di essere consapevole/i che la presente manifestazione di interesse non costituisce graduatoria di merito e non comporta l'assunzione di obblighi specifici da parte dell'Amministrazione comunale, né attribuzione di diritti in merito all'eventuale affidamento di incarichi;
Le dichiarazioni devono essere sottoscritte dal professionista singolo, dal legale rappresentante che dichiara di averne i poteri in caso di Studio associato.

Addì, li

Firma e timbro
