

ALLEGATO A - Presentazione candidatura assegnazione incarico Medico competente

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
25025 Manerbio - BS

Oggetto: Presentazione candidatura assegnazione incarico Medico competente –

Il sottoscritto _____,
nato a _____ Prov. (_____) il _____
C.F. _____ in qualità di legale rappresentante della Ditta
_____ con sede in
_____ Prov. (_____) Via/Piazza _____
P.IVA _____ C.F. _____
tel. _____ e-mail _____ PEC _____,

dichiara

1. di essere in possesso dei requisiti previsti nel bando e di essere interessato all'assunzione dell'incarico di Medico competente dell'Istituto Comprensivo di Manerbio
2. di aver preso piena ed integrale visione, ed accettare senza condizione e riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nel Bando e di ogni allegato ai medesimi.
3. di essere a conoscenza di tutte le circostanze generali e particolari e di tutti gli oneri previsti che possono influire sullo svolgimento del servizio e di aver ritenuto di poter partecipare alla gara con un'offerta ritenuta remunerativa e comunque tale da permettere il regolare espletamento del servizio stesso;
4. di essere informato/i, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e di autorizzare espressamente tale trattamento;
5. che il recapito per le comunicazioni relative al presente bando è il seguente:

.....

con sede in..... (Prov. di)

C.A.P. Via/Piazza.....n.

telefono n. fax n.....

e. mail.....

posta certificata

autorizzando la stazione appaltante a trasmettere le comunicazioni a detto numero di fax e/o indirizzo di posta elettronica, sollevando l'Istituto Comprensivo di Manerbio da qualsiasi responsabilità in ordine alla mancata conoscenza delle comunicazioni così inviate.

Dichiara inoltre di possedere i seguenti requisiti:

- Laurea in
conseguita presso l'Università
nell'anno accademicocon la votazione di
- Iscrizione Ordine Professionale presso
.....
- Attestato di frequenza a corsi di Specializzazione in materia di igiene e salute rilasciato da
.....
- Altre esperienze nell'ambito scolastico:
.....
.....
.....
.....
.....
- Altre in altri pubblici e/o privati:
.....
.....
.....
.....
- Offerta economica:

PRESTAZIONE	IMPORTO RICHIESTO
Incarico triennale medico competente, comprensivo di relazione annuale, partecipazione alla riunione periodica e consulenze varie (indicare importo complessivo annuale)	
Importo richiesto per visita medica dipendente (se trattasi di importi diversi a seconda del profilo professionale indicare importo medio) compreso eventuale costo per uscita	

Allegati:

- 1 - curriculum in formato europeo;
- 2 - copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore della domanda.

Data _____

In fede (timbro e firma)
