



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "C. GOVONI"

Scuole primarie: "C. Govoni", "M. Poledrelli", "G. Leopardi", "A. Volta Doro" –
Scuola Secondaria di 1° grado "T. Tasso"

Sede: Via Fortezza n. 20 – 44121 Ferrara - Tel. e fax n. 0532/770444 C.F. 93076220388

pec: FEIC81100X@PEC.ISTRUZIONE.IT e-mail: feic81100x@istruzione.it

Sito web: <https://icgovoniferrara.edu.it/> codice univoco di fatturazione: UFEJJ6



ISTITUTO COMPRENSIVO C.GOVONI

Via Fortezza n.20

feic81100x@pec.istruzione.it

OGGETTO: MODELLO B – DICHIARAZIONE PERSONALE (AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’AFFIDAMENTO DELL’INCARICO DI MEDICO COMPETENTE PER IL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA)

Il sottoscritto
nato a il
in qualità diper l’impresa.....con sede
in, con codice fiscale.....
con partita IVA n.....

MANIFESTA

Il proprio interesse come:

_ singolo _ impresa _ associazione _ cooperativa _ altro (indicare.....) ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

- a) Di confermare le dichiarazioni accluse alla domanda di partecipazione alla manifestazione;
- b) Di aver preso esatta cognizione della natura dell’incarico e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla sua esecuzione;
- c) Di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nella richiesta di manifestazione;
- d) Di non subappaltare i lavori previsti.
- h) Di essere informato, ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 2003 (Codice sulla Privacy) e del Nuovo regolamento UE n. 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

Data

Firma

N.B.: La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore