

ALLEGATO 2**DICHIARAZIONE CUMULATIVA**

(ai sensi degli artt. 1 – 46 -47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/la sottoscritta/a _____

Nato/a _____ il _____

e residente in _____ Prov _____

via _____ cap _____ codice fiscale _____

partita IVA _____ tel _____ cell _____

indirizzo mail _____

consapevole , ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/informazioni od uso di atti falsi o non più corrispondenti a verità,

DICHIARA

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- e delle seguenti specializzazioni:

- di essere iscritto all'albo dei medici di _____ al n. _____
- di esercitare la professione di docente di Medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica ed igiene industriale come anche in fisiologia ed igiene del lavoro o in clinica del lavoro
indicare la materia _____

- di essere iscritto all'elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro, della

Salute e delle Politiche sociali con numero di

iscrizione _____ a far data

da _____

- di possedere apposita autorizzazione dell'accettazione dell'impiego (barrare solo se interessa);
- di Non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- di Non essere stato interdetto dai Pubblici Uffici a seguito di sentenza in giudicato;
- di Non essere stato inibito per Legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della libera professione;
- di rilasciare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 per gli adempimenti di legge, ivi compresi quelli derivanti dagli obblighi di pubblicità legale del presente Bando;
- di essere in regola con i versamenti contributivi obbligatori INPS e INAIL, da dimostrare in caso di aggiudicazione ai sensi della legge, con la produzione del documento unico di regolarità contributiva (DURC) in corso di validità (richiedibile in forma autonoma anche dalla stessa stazione appaltante);
- di astenersi nel modo più ampio dal richiedere indennizzi, rimborsi o compensi di sorta in merito ai costi sostenuti per la produzione della documentazione richiesta nella presente procedura di gara;
- di Non trovarsi in nessuna condizione di esclusi pone di cui all'art. 38 primo comma letteraa), b), c), d) del Regolamento UE 679/2016;
- di accettare senza alcuna riserva tutte le clausole del presente Bando di Gara.

1. N.B.:in caso di partecipazione alla gara da parte di Società, si precisa che dovrà essere indicato il professionista in possesso dei titoli previsti che, in caso di aggiudicazione del servizio, dell'incarico di medico competente per il servizio di sorveglianza sanitaria ai sensi del D. lgs n. 81/2008 come modificato e integrato dal D.lgs n. 106/2009 CIG _____;
2. Che il domicilio presso il quale intende ricevere ogni eventuale comunicazione inerente la gara in oggetto e/o richieste di chiarimento e/o richieste di integrazione presentata è il seguente: _____

3. Di allegare alla presente: Dichiarazione cumulativa (allegato 2);
4. Di allegare scheda di offerta tecnica secondo il modello previsto (allegato 3);
5. Di allegare scheda di offerta economica secondo il modello previsto (allegato 4);
6. Di aver preso piena conoscenza di tutte le procedure indicate nel bando di gara e di accettare liberamente tutte le condizioni in esso indicate;
7. Di allegare alla presente dichiarazione copia fotostatica del documento di identità personale o del legale rappresentante della Ditta/Studio Medico;
8. Di accettare incondizionatamente tutte le prescrizioni del presente bando di gare.

Data _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)
