MOD. A

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER AFFIDAMENTO INCARICO DI MEDICO
COMPETENTE PER IL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA**

(per libero professionista)

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____

partita IVA _____

telefono n. _____

PEC _____ e-mail _____

MANIFESTO

il mio interesse l'affidamento incarico di Medico Competente per il servizio di sorveglianza sanitaria.

DICHIARO

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del d.p.r. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi:

- di essere in possesso della cittadinanza di uno degli Stati membri dell'U.E;
- di essere in godimento dei diritti civili e politici;
- di non aver riportato condanne penali;
- di non essere destinatario di provvedimenti restrittivi per procedimenti penali in corso, decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di possedere i seguenti titoli e competenze per svolgere l'incarico di medico competente ai sensi del d.lgs 81/2008

Allego:

- curriculum vitae

- offerta economica (allegato mod. 2)

Data _____

Firma _____