

ALLEGATO A – Modello manifestazione interesse Avviso esplorativo Medico competente

ALLA PROVINCIA DI BENEVENTO
UFFICIO DEL DELEGATO DATOE DI LAVORO

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. ____ il _____

in qualità di Medico Competente con studio professionale nel Comune di _____

Prov. ____ Via _____ n. civico _____

Tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale / Partita IVA _____

Recapito presso il quale deve essere inviata qualsiasi comunicazione inerente la Manifestazione di interesse:

PEC: _____ Tel. _____

MANIFESTA

il proprio interesse per il conferimento dell'incarico di Medico Competente della Provincia di Benevento

Consapevole, ai sensi e per gli effetti di cui al DPR 445/2000, della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione lo scrivente decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

DICHIARA

- di accettare, senza riserva alcuna, i termini, le modalità di partecipazione e le prescrizioni contenute nell'Avviso esplorativo di codesta Provincia;
- di essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) insussistenza di una qualsiasi causa di esclusione dalla partecipazione degli operatori economici agli appalti pubblici, di cui all'art. 80 del D. Lgs. n.50/20016;

b) laurea in Medicina e Chirurgia con abilitazione all'esercizio della professione ed iscrizione all'albo professionale;

c) possesso di uno dei titoli professionali previsti dalla normativa vigente in materia e la specializzazione oggetto dell'incarico, così come previsto dall'art. 38 del D. Lgs. 81/2008 che devono essere posseduti alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di ammissione alla gara in oggetto;

d) iscrizione nell'elenco nazionale dei medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro della Salute e delle politiche sociali;

e) significativa esperienza acquisita attinente l'incarico deducibile da apposito curriculum professionale, di svolgere l'attività di medico competente da almeno tre anni;

f) (eventuale) iscrizione nel Registro delle Imprese, presso la competente C.C.I.A., per lo svolgimento del servizio in affidamento (in questo caso si dovrà indicare il professionista in possesso dei requisiti previsti nell'art.38 del D.Lgs 81/08 che, nell'eventualità di aggiudicazione, assumerà il ruolo di medico competente).

Data _____

Firma _____

Si allega:

- 1) Fotocopia di documento di identità in corso di validità;
- 2) Curriculum professionale