

ALLEGATO 1

Al Comune di ASSISI

Piazza del Comune, 10

06081 ASSISI PG

**Oggetto: AVVISO PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA
SANITARIA E MEDICO COMPETENTE DEL COMUNE DI ASSISI**

CIG: Z951C4749E

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA’
(ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

Il _ sottoscritt_____

nat_ il _____ a _____ (___)

residente nel Comune di _____ (___) Stato _____

Via/Piazza _____

n. _____ in qualità di _____

della Ditta _____

avente sede legale nel Comune di _____ (___)

Via/Piazza _____ n. _____

e-mail: _____

telefono n. _____ telefax n. _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA n. _____,

ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata.

Ai fini della partecipazione alla procedura in oggetto

DICHIARA

1. di non trovarsi in alcuna situazione di inibizione per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della professione;
2. di non essere dipendente di struttura pubblica con assegnazione ad uffici che svolgono attività di vigilanza;
3. di non essere in una situazione di conflitto d'interesse con il Comune di Assisi e di non aver demeritato in precedenti incarichi;
4. di non trovarsi in alcuna condizione di incapacità a contrattare con la pubblica amministrazione;
5. di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art.80 del D.Lgs. 50/2016;
6. di essere in possesso del seguente titolo di studio :
laurea _____ conseguita in
data _____ presso L'Università degli Studi di
_____ con votazione di _____ ;
7. di essere iscritto all'Ordine dei Medici Competenti, istituito presso il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali (D.M. 4.3.2009) ID n. _____ ;
8. di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di cui all'avviso pubblico:

_____ ;
9. di possedere i titoli e di aver maturato le esperienze professionali risultanti dall'allegato curriculum vitae (con indicazione degli incarichi di medico competente espletati in Enti Pubblici con più di 50 dipendente o del periodo di esercizio della professione dell'attività specifica superiore a tre anni);
10. di aver preso visione del Protocollo di legalità (all.3) e di averlo sottoscritto per accettazione integrale ;
11. di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nel presente Avviso .

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- curriculum vitae
- protocollo di legalità (All.3)

Dichiara di voler ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente procedura al seguente domicilio: _____

Telefono _____ cellulare _____ e-mail _____

Dichiara, infine , di acconsentire all'Amministrazione ad utilizzare i dati personali forniti limitatamente alle necessità inerenti la procedura di gara, ai sensi dell'Art.9 del D.Lgs.n. 196/2003.

Data

Firma.....