

OGGETTO: Servizio di sorveglianza sanitaria e funzioni di medico competente, per mesi dodici. Dichiarazione sostitutiva di certificazioni.

_ 1 _ sottoscritto/a _____ nato/a
il _____ a _____ prov. (_____)
residente in _____ prov. (_____)
Via _____ n. _____
Codice fiscale _____

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46, 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 76 del predetto **D.P.R.**,

DICHIARA

-Di essere in possesso dei requisiti professionali per l'espletamento delle funzioni di medico competente per la sorveglianza sanitaria previsti dall'art. 38 del D. Lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii., ed a tale scopo indica i seguenti dati di iscrizione nell'elenco dei medici competenti :

-Che a proprio carico non ricorre alcuna delle cause ostative di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016;

-che non sussistono cause di incompatibilità e che non si svolgono incarichi in conflitto di interesse con le attività di cui al presente avviso;

-di avere preso visione del disciplinare e di impegnarsi all'espletamento del servizio secondo le disposizioni in esso contenute e nel rispetto delle disposizioni di legge di cui al D.Lgs. n.81/2008 e ss.mm.ii.;

Di accettare che tutte le comunicazioni inerenti l'affidamento vengano effettuate tramite PEC e/o E-mail, indicando i seguenti indirizzi:

Pec _____

E - mail _____

Fax: _____ - Telefono _____ .

Allega alla presente copia in corso di validità del documento di riconoscimento

Li _____

Il Dichiarante