

Allegato C

Spett.le Consorzio di Bonifica 2 Palermo

Via G.B. Lulli 42

90145 Palermo

**OGGETTO:** Preventivo per il servizio di sorveglianza sanitaria e funzioni del medico per la durata di mesi dodici.

\_ 1 \_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ )  
residente in \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ )  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_,

dichiara di essere disponibile ad effettuare il servizio di *sorveglianza sanitaria e le funzioni di medico competente per il personale dipendente del Consorzio di Bonifica 2 Palermo per mesi dodici* e ad espletare tutti gli adempimenti previsti dal D.Lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii. e specificatamente quelli previsti nel disciplinare, per un compenso complessivo di € \_\_\_\_\_ lordi in lettere \_\_\_\_\_.

Li

Il Professionista

