

# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

CAMPOBASSO



## ALLEGATO A

### **MODELLO DI DICHIARAZIONE**

(Art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ESPLETAMENTO DELLE FUNZIONI DI MEDICO COMPETENTE, DEL MEDICO AUTORIZZATO E DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA MEDICA, COMPRENDENTE TUTTE LE PRESTAZIONI PREVISTE DAL D.LGS. 81/2008 E DAL D.LGS 230/1995" INCARICO TRIENNALE (2017 – 2020).**

**C.I.G.: Z9B1E9BA32**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dello Studio/Società \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

n. tel. \_\_\_\_\_ Cod. Fisc./Part. IVA \_\_\_\_\_,

e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

### **MANIFESTA**

il proprio interesse ad essere invitato alla procedura di affidamento del servizio in oggetto ed a tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ivi indicate,

### **DICHIARA**

- che lo Studio/Società' è in possesso dei seguenti titoli indicati al paragrafo "Procedure di gara e requisiti" dell'Avviso Pubblico di Indagine di Mercato per la procedura in oggetto:

---

---

---

---

- 
- 
- l'assenza dei motivi di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016;
  - di essere in regola con la normativa sul collocamento disabili di cui all'art.17 della legge 68/1999;
  - di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori;
  - di essere in possesso di tutte le attrezzature e specializzazioni richieste per l'espletamento del servizio.

Data \_\_\_\_\_

(Firma e timbro dello Studio/Società)  
Il Legale rappresentante

*Allegati: - Copia fotostatica di un documento di riconoscimento del dichiarante, in corso di validità.*