

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.