

MODELLO A

Spett.le I. I. S. Polo Tecnico di Adria
Via Dante, 17
45011 - Adria (RO)

Oggetto: Manifestazione di interesse a partecipare alla procedura per l'affidamento dell'incarico di "Medico competente" (di cui al D.Lgs. 81/2008 e s.m.i) dell'Istituto Istruzione Superiore "Polo Tecnico di Adria", di durata annuale (dal 01/09/2020 al 31/08/2021).

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)
residente a _____ (_____)
(luogo) (prov.)
in Via _____ n. _____
(indirizzo)
con studio professionale in _____
partita iva _____, cod. fiscale _____, tel. _____
indirizzo e-mail _____, indirizzo PEC _____

in qualità di professionista abilitato (persona fisica) in possesso di tutti i requisiti previsti dall'avviso di manifestazione di interesse di cui all'oggetto,

MANIFESTA

il proprio interesse a partecipare alla eventuale procedura per l'affidamento dell'incarico di "Medico competente" (di cui al D.Lgs. 81/2008 e s.m.i) dell'Istituto Istruzione Superiore "Polo Tecnico di Adria", di durata annuale (dal 01/09/2020 al 31/08/2021);

DICHIARA

di aver preso visione dell'Avviso esplorativo pubblicato sul sito Internet dell'Istituto e che la presente manifestazione di interesse ha l'unico scopo di comunicare a Codesto Istituto la disponibilità ad essere invitato a presentare offerta.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

1. di essere in possesso di tutti i requisiti di partecipazione previsti dall'avviso di manifestazione di interesse di cui all'oggetto;
2. di essere consapevole dell'assunzione di responsabilità che la succitata dichiarazione comporta e che, in caso di partecipazione alla procedura, dovrà essere prodotta nuovamente la dichiarazione del possesso di tutti i requisiti di partecipazione previsti dall'avviso di manifestazione di interesse di cui sopra.

Il sottoscritto allega alla presente copia fotostatica di proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma del professionista
