

**DICHIARAZIONE DI INTERESSE ALL'ESPLETAMENTO DELL'INCARICO**

**di Medico Competente dell'istituto Comprensivo di La Morra per il servizio di sorveglianza sanitaria ai sensi dell'art.18, comma 1 lettera A), E) e art.41 del D.lgs 81/2008. Periodo dell'incarico 01/9/2017 al 31/08/2018 ed eventualmente rinnovabile per un successivo anno.**

Il/la sottoscritto/a  
nato/a a il  
in qualità di (se trattasi di operatore economico/impresa/studio professionale)  
con residenza/ sede legale in  
Cap via  
tel mail

codice fiscale/partita IVA della .....

codice attività/autorizzazione: .....

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R n. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi,  
**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE**

all'affidamento del servizio di medico competente, ai sensi del D. Lgs. n81/2008 dell'Istituto Comprensivo di La Morra

**DICHIARA**

- L' insussistenza di una qualsiasi causa di esclusione dalla partecipazione degli operatori economici agli appalti pubblici, di cui all'art. 80 del D. Lgs. n.50/2016 e s.m.i.;
- essere in possesso dei requisiti di carattere professionale di cui all'art. 38 del D. Lgs. n.81/2008 e s.m.i
- di essere iscritto al n.....del ..... nell'Elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero della salute;
- di essere in possesso dell'autorizzazione/iscrizione alla CCIAA ..... n. .... rilasciata..... per lo svolgimento del servizio in affidamento (nel caso di studi professionali, i quali dovranno indicare il professionista in possesso dei requisiti previsti nell'art. 38 del D. Lgs. 81/08 che, nell'eventualità dell'aggiudicazione, assumerà il ruolo di medico competente);
- essere in possesso di idonea assicurazione professionale.

Data \_\_\_\_\_ IL DICHIARANTE (firma) \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione deve essere accompagnata da copia fotostatica di un documento di riconoscimento del sottoscrittore, ai sensi del D.P.R n. 445/2000.

**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS N. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali):**

I dati personali richiesti dall'Istituto Comprensivo di La Morra per le finalità inerenti la definizione del presente procedimento e la conseguente attività esecutiva verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo, oltre che per l'adempimento degli obblighi previsti dalle disposizioni normative e regolamentari vigenti in materia. Il trattamento dei dati avverrà in maniera manuale ed informatica e comunque in modo tale da garantirne la sicurezza e riservatezza. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria. I dati raccolti saranno utilizzati ed

eventualmente comunicati ad altri soggetti pubblici o privati, ai fini strettamente necessari per lo svolgimento delle attività istituzionali e di quelle eventualmente connesse, oltre che per l'adempimento di ogni altro obbligo previsto da disposizioni normative o regolamentari. Titolare del trattamento dei dati personali è l'Istituto Comprensivo di La Morra -Via Carlo Alberto,6 LA MORRA (CN).

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE (firma) \_\_\_\_\_