

ALLEGATO A

Spett.le
Multiservice srl
Viale Pietro Nenni snc
07020 – Loiri Porto San Paolo

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

**AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE PER IL PER IL CONFERIMENTO
DELL'INCARICO DI MEDICO COMPETENTE PER IL SERVIZIO DI
SORVEGLIANZA SANITARIA DI CUI AL TESTO UNICO DELLA SICUREZZA
D. LGS. 81/2008 e SS.MM.II.**

CIG: ZB43164956

IL SOTTOSCRITTO _____

C.F. _____ NATO A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____ N. _____

LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA DITTA _____

PARTITA IVA _____ CON SEDE LEGALE IN _____

VIA _____ IN CARICA DA _____

TELEFONO _____ E-MAIL _____ PEC _____

CHIEDE

**DI PARTECIPARE AL BANDO “PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI MEDICO
COMPETENTE PER IL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA DI CUI AL TESTO UNICO
DELLA SICUREZZA D. LGS. 81/2008 e SS.MM.II. DICHIARANDO DI ESSERE IN POSSESSO
DEI REQUISITI GENERALI E DELLE CAPACITA' TECNICO ORGANIZZATIVE INDICATI
NEL PREDETTO BANDO.**

Dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali e delle conseguenze previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. medesimo, per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità e per conoscenza diretta.

SI ALLEGA:

- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL FIRMATARIO;
- OFFERTA ECONOMICA , MODELLO B;
- ATTESTAZIONE ISCRIZIONE CAMERA DI COMMERCIO IN CASO DI SOCIETA' O ASSOCIAZIONI;

Firma del dichiarante _____

Data _____