

MODELLO A "DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA E TECNICA"
DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA E TECNICA
ai sensi del DPR 445 del 28/12/2000

Il sottoscritto _____ nato a _____
in data _____ C.F. _____ residente a _____
_____ telefono _____ Fax _____
_____ E-mail _____
in qualità di legale rappresentante della ditta/ente _____
con sede a _____ in via _____
P. IVA _____
Titolo di studio _____

Dichiara di:

- essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 7 dell'avviso;
- essere iscritto all'albo professionale (numero _____ data di iscrizione _____) e all'elenco dei medici competenti di cui all'art. 38 c. 4 del D.Lgs. n. 81/2008;
- essere libero professionista o dipendente pubblico o privato o docente universitario e di essere in possesso delle eventuali autorizzazioni da parte del datore di lavoro;
- impegnarsi, a pena d'esclusione, ad effettuare le visite mediche presso i locali stabiliti e di essere in possesso di tutta l'attrezzatura medica e tecnica necessaria per l'espletamento dell'incarico;
- assumersi, se del caso, di tutti gli oneri assicurativi e previdenziali di legge e impegno ad osservare le norme vigenti in materia di sicurezza del lavoro;
- dare il consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e s.m.i. per gli adempimenti della presente procedura.

Luogo e data _____

IN FEDE

timbro della ditta

Firma del professionista/legale rappresentante
