

Spett.le Comune di Castello del Matese
Piazza Municipio, n. 2
81016 – Castello del Matese (CE)

**OGGETTO: “SERVIZIO DI MEDICO COMPETENTE E SORVEGLIANZA SANITARIA”
ai sensi del D. Lgs. 81/2008.**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
codice fiscale: _____ residente a _____ () in via
/piazza _____ Iscritto all’Ordine Professionale dei
_____ di _____ al n. _____ dal _____ Tel _____ / _____ PEC
_____ E-MAIL _____
C. FISCALE _____

IN QUALITA’ DI

- professionista singolo;
- rappresentante di liberi professionisti associati (studio associato, che assumono la seguente denominazione “.....” il quale partecipa come “professionista associato” unitamente a **(riportare nominativo qualifica professionale e c.f. di ogni associato)**):
- 1) nome e cognome _____ qualifica _____
C.F. _____
- 2) nome e cognome _____ qualifica _____
C.F. _____
- altro _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

ad assumere l’incarico per l’esecuzione del servizio in oggetto ed in relazione all’Avviso del Comune di Castello del Matese

DICHIARA

- di accettare le regole e le modalità contenute nell'avviso pubblico di cui in oggetto;
- di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti agli art. 4 e/o 5 dell’avviso;
- la disponibilità di uno studio medico e/o studio professionale ubicato nel Comune di _____;
- di non trovarsi in alcuna delle condizioni previste dagli art. 93 – 94 e 95 del D.L.vo n. 36/2023;
- di essere consapevole/i che la presente manifestazione di interesse non costituisce graduatoria di merito e non comporta l’assunzione di obblighi specifici da parte dell’Amministrazione comunale, né attribuzione di diritti in merito all’eventuale affidamento di incarichi;

Le dichiarazioni devono essere sottoscritte dal professionista singolo, dal legale rappresentante che dichiara di averne i poteri in caso di Studio associato.

Addi, li

Firma e timbro

Allegato: fotocopia documento d’identità