



ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE

Direzione Regionale Puglia

Allegato 1 alla Lettera di Invito

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Servizio di visite ergoftalmologiche ai dipendenti dell'INPS della Direzione Provinciale di _____ e/o della Direzione regionale Puglia richieste dal medico competente in applicazione del D. Lgs. 81/2008.

**Via N. Putignani, 108 – 70122 Bari
tel. 080/5410533 - fax 080/5410623-682
C.F. 80078750587 - P.IVA 02121151001**

Il sottoscritto dott./dott.ssa

Nato/a a _____ il _____
e residente a _____
via _____ n. _____
codice fiscale _____
partita iva _____
n. telefono _____
PEC _____

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara ed attesta sotto la propria responsabilità quanto segue:

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso _____ in data _____;
- di aver conseguito la Specializzazione in _____ presso _____ in data _____;
- di essere iscritto presso l'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di _____ dal _____;
- di non essere in nessuna delle condizioni indicate dall'art.80 del D.Lgs 50/2016 (Codice dei contratti Pubblici) che comporti impedimento a contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- di non aver avuto sanzioni disciplinari da parte del competente organo dell'Ordine professionale di appartenenza;
- che nei propri confronti non è stata pronunciata nessuna sentenza di condanna passata in giudicato per reati gravi che incidano sulla moralità professionale.

Luogo e data _____

(firma)

N.B. Alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia di un documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità