



**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**