

|  |
| --- |
| ISTITUTO NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE |
|  |

|  |
| --- |
| **Allegato A**  **ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**  **(ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)**  AVVISO PUBBLICO, MEDIANTE RICHIESTA DI DISPONIBILITA’, PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DI MEDICO COMPETENTE *EX* D.LGS. N. 81/2008 TRAMITE CONVENZIONE, AVENTE AD OGGETTO LA SORVEGLIANZA SANITARIA PRESSO LA DIREZIONE PROVINCIALE DI ENNA.  **CIG**  **Z9730FDB28** |

**Il sottoscritto**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nato a**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**il** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **codice fiscale** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Residente a**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Provincia di** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**via/piazza**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **n.°** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di**:

* **singolo professionista**;

***oppure***

*(indicare la carica, anche sociale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

* **della società e/o studio professionale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**con sede nel Comune di**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Provincia di** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**codice fiscale:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**partita I.V.A.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Recapiti presso i quali si intendono ricevere le comunicazioni della Stazione Appaltante**  **(da indicarsi obbligatoriamente*)*** | |
| **Domicilio eletto** |  |
| **Indirizzo di posta elettronica** |  |
| **Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)** |  |
| **Numero di telefono** |  |
| **Numero di fax** |  |

**consapevole che la falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che, laddove dovesse emergere la non veridicità di quanto qui dichiarato, si avrà la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti ai sensi dell’art. 75 del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e l’applicazione di ogni altra sanzione prevista dalla legge, nella predetta qualità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000**

**CHIEDE DI PARTECIPARE**

all’Avviso pubblico in epigrafe e

**DICHIARA**

*(barrare le singole dichiarazioni)*

* di essere in possesso dei requisiti previsti dall’articolo 38 del citato D.Lgs. 81/2008;
* di aver conseguito i crediti previsti dal programma triennale di educazione continua in medicina ai sensi del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, e s.m.i.;
* di aver preso visione del Disciplinare e di accettarne tutte le indicazioni;
* che la propria offerta sarà improntata a serietà, integrità, indipendenza e segretezza, e che conformerà i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza;
* di aver preso cognizione di tutte le circostanze generali e speciali che possono interessare l’esecuzione di tutte le prestazioni oggetto dela convenzione, e che di tali circostanze ha tenuto conto nella determinazione della percentuale di ribasso;
* di essere consapevole che la propria offerta,
* non vincolerà in alcun modo l’Istituto;
* in caso di indicazione di valori recanti un numero di cifre decimali dopo la virgola superiore a 2 (due), saranno considerate esclusivamente le prime 2 (due) cifre decimali, senza procedere ad alcun arrotondamento;
* in caso di discordanza tra la percentuale di ribasso indicata in cifre e quella in lettere si terrà conto unicamente di quest’ultima;
* di essere informato/a, ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), così come integrato e modificato dal Decreto legislativo 10 agosto 2018 n. 101, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

**ALLEGA**

*(barrare le singole opzioni)*

* *(****solo per le società o studio professionale****)* copia integrale della visura camerale aggiornata con l’attuale compagine societaria contenente tutti i componenti di cui all’art. 85 del D. Lgs. 159/2011 o la dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla Camera di Commercio redatta dal rappresentante legale e contenente le medesime indicazioni;
* Copia del curriculum vitae riportante anche la data di specializzazione (nel caso di società o studio professionale: dei singoli medici);
* Copia fotostatica di un documento di riconoscimento, in corso di validità.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_