

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER
L’AFFIDAMENTO DELL’INCARICO DI MEDICO COMPETENTE PER IL SERVIZIO DI
SORVEGLIANZA SANITARIA PER LA RETE DI SCUOLE CON CAPOFILIA L’ISTITUTO
COMPRESIVO DI FAVRIA

Prot. N°scadenza.....

DICHIARAZIONE PERSONALE modello A

Il sottoscritto
nato a il
in qualità diper l’impresa.....con
sede
in, con codice fiscale
n.....
con partita IVA n.....

MANIFESTA

Il proprio interesse come:

_ singolo _ impresa _ associazione _ cooperativa _ altro (indicare.....)
ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali
previste dall’art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni
mendaci ivi indicate,

DICHIARA

- a) Di confermare le dichiarazioni accluse alla domanda di partecipazione alla manifestazione;
- b) Di aver preso esatta cognizione della natura dell’incarico e di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sulla sua esecuzione;
- c) Di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nella richiesta di manifestazione;
- d) Di avere nel complesso preso conoscenza di tutte le circostanze generali, particolari e locali, nessuna esclusa ed eccettuata, che possono avere influito o influire sia sulla esecuzione dell’incarico, sia sulla determinazione della propria offerta e di giudicare, pertanto, remunerativa l’offerta economica presentata;
- f) Di non subappaltare i lavori previsti.
- h) Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’articolo 10 della legge 675/96 e successive integrazioni , che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

Data

Firma

N.B.: La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore.