



**CASA DI SOGGIORNO E PENSIONATO
DELLA CITTA' MURATA**
ISTITUZIONE PUBBLICA DI ASSISTENZA E BENEFICENZA
VIA OSPEDALE, 16 – 35044 MONTAGNANA (PD)
TEL. 0429/81263 - C.F. 82000370286 / P.IVA 00736180282

Mail: segreteria@cdrmontagnana.it
Pec: casasoggiornomontagnana@pec.it

ALLEGATO A

Alla Spett.le
Casa di Soggiorno e Pensionato della Città Murata
Via Ospedale n. 16
35044 Montagnana (PD)
via PEC: casasoggiornomontagnana@pec.it

**Manifestazione di interesse all'avviso pubblico per l'incarico di Medico Competente
(D.Lgs. 81/2008).**

IL SOTTOSCRITTO

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ (____) il _____
Codice Fiscale _____
Con studio in Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____
Comune _____ (____)
Codice Fiscale _____ Partita IVA _____
Telefono _____ E-mail _____
PEC _____

CHIEDE

di essere ammesso all'indagine di mercato in oggetto e a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, e a tal fine presenta la propria manifestazione di interesse unitamente al preventivo economico allegato.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

(Apporre una croce sulle caselle di interesse e compilare i campi richiesti)



**CASA DI SOGGIORNO E PENSIONATO
DELLA CITTA' MURATA**
ISTITUZIONE PUBBLICA DI ASSISTENZA E BENEFICENZA
VIA OSPEDALE, 16 – 35044 MONTAGNANA (PD)
TEL. 0429/81263 - C.F. 82000370286 / P.IVA 00736180282

Mail: segreteria@cdrmontagnana.it
Pec: casasoggiornomontagnana@pec.it

- ☐ Di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di _____ al n. _____.
- ☐ Di essere iscritto/a nell'Elenco Nazionale dei Medici Competenti presso il Ministero della Salute al n. _____.
- ☐ Di possedere i titoli di qualificazione di cui all'art. 38 del D.Lgs. 81/2008 per lo svolgimento della funzione di Medico Competente.
- ☐ Di essere in regola con l'obbligo formativo ECM del triennio di riferimento.
- ☐ Di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione o incompatibilità previste dal D.Lgs. 36/2023 o da altra disposizione normativa.
- ☐ Di possedere idonea polizza assicurativa per la responsabilità civile professionale.

SI ALLEGA ALLA PRESENTE:

1. Preventivo economico (redatto in conformità al punto 6 dell'Avviso);
2. Visura camerale aggiornata (o dichiarazione sostitutiva contenente i medesimi dati);
3. Copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità;

Luogo e data, _____

(Firmato digitalmente)