

Città di Arona (NO)  
Ufficio Protocollo Generale  
Via San Carlo, 2  
28041 ARONA (NO)

**OGGETTO: PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE RELATIVA ALL’AFFIDAMENTO SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA AI SENSI DEL D.LGS. 81/2008 ANNI 2015- 2016-2017.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome nome)  
nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )  
(luogo) (prov.)  
residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )  
(luogo) (prov.)  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

in qualità di

Medico del lavoro libero professionista

o

rappresentante legale del Centro Medico \_\_\_\_\_  
sede legale in \_\_\_\_\_  
partita iva \_\_\_\_\_, cod. fiscale \_\_\_\_\_

### CHIEDE

**Di essere invitato alla procedura in economia (cottimo fiduciario) per l'affidamento del servizio in oggetto.**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n° 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

### DICHIARA

1. Di aver preso visione dell' Avviso esplorativo per "**PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE RELATIVA ALL’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO SORVEGLIANZA SANITARIA AI SENSI DEL d.LGS N. 81/2008 - ANNI 2015-2016 -2017**"
2. che non si trova nelle situazioni che costituiscono causa ostativa alla partecipazione alle procedure di gara e alla stipula di contratti con le pubbliche amministrazioni di cui all'art.38 del D.L.gs.163/06 e s.m.i.;
3. che il numero di telefax al quale inviare la richiesta di invito è il seguente: \_\_\_\_\_

4. che altri recapiti della Ditta sono: Indirizzo \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Il sottoscritto allega alla presente copia fotostatica di proprio documento di riconoscimento in corso di validità, consapevole che la mancanza di tale documento comporta l'esclusione dalla procedura.

.....,li.....

Firma del Rappresentante della ditta/medico