

Spett.le Consorzio di Bonifica 3 Agrigento
Via San Vito n. 2
92100 AGRIGENTO

OGGETTO: Servizio di sorveglianza sanitaria e funzioni di medico competente, per mesi 24 (ventiquattro). Dichiarazione sostitutiva di certificazioni.

 1 sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ prov. (_____) residente
in _____ prov. (_____) Via
_____ n° _____
Codice fiscale _____

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 76 del predetto D.P.R.

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti professionali per l'espletamento delle funzioni di medico competente per la sorveglianza sanitaria previsti dall'art. 38 del D. Lgs n. 81/2008 e ss.mm.ii. ed a tal scopo indica i seguenti dati di iscrizione nell'elenco dei medici competenti: _____;
- che a proprio carico non ricorre alcuna delle cause ostative di cui all'art. di cui agli artt. 94, 95 e 98 del D. Lgs. n.36/2023;
- di aver preso visione del disciplinare e di impegnarsi all'espletamento del servizio secondo le disposizioni in esso contenute e nel rispetto delle disposizioni di legge di cui al D. Lgs n. 81/2008 e ss.mm.ii.
- di accettare che tutte le comunicazioni inerenti l'affidamento vengano effettuate tramite PEC e/o e-mail indicando i seguenti indirizzi:
 - pec: _____
 - e-mail: _____
 - telefono: _____

allega alla presente copia in corso di validità del documento di riconoscimento qualora non firmato digitalmente.

Li _____

Il Dichiarante