

Allegato 3

Spett.le Consorzio di Bonifica 3 Agrigento

Via San Vito n. 2

92100 AGRIGENTO

OGGETTO: preventivo per il servizio di sorveglianza sanitaria e funzioni del medico per la durata di mesi 24 (ventiquattro).

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

DICHIARA

di essere disponibile ad effettuare il servizio di *sorveglianza sanitaria e le funzioni di medico competente per il personale dipendente del Consorzio di Bonifica 3 Agrigento per mesi 24 (ventiquattro)* e ad espletare tutti gli adempimenti previsti dal D. Lgs n. 81/2008 e ss.mm.ii. e specificatamente quelli previsti nel disciplinare, per un compenso complessivo, omnicomprensivo, di € _____ in lettere _____

Li _____

Il Professionista