***ALLEGATO 1***

ASP AZALEA

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA DEL DISTRETTO DI PONENTE

Corso Matteotti n. 124

29015 Castel san Giovanni (PC)

**OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO** **FINALIZZATO ALL’ACQUISIZIONE DI PREVENTIVI PER L’AFFIDAMENTO DIRETTO DEL** **SERVIZIO DI** **SORVEGLIANZA SANITARIA PER I DIPENDENTI E INCARICO DI MEDICO COMPETENTE DI ASP AZALEA AI SENSI DEL D.LGS. 81/2008 PER IL TRIENNIO 2023-2025– CIG**: **Z0038C7B1C-**

**avviso pubblicato sul sito Internet dell'ente data 2 DICEMBRE 2022.**

Il sottoscritto …………………………………………………………………………………nato a…………………………………………………………il ……………………………………………………….. C.F. ………………………………………………………………… residente a ……………………………………… Via ………………………………………………………………………………… in qualità di………………………………..……………………dell'Impresa ………………………………………………………………………… con sede legale in ………………………………………………………………. Via ………………………………………………………………. e sede operativa in ……………………………………….………………………………Via ………………………………………………………………. Codice Fiscale ……………………………………………………………………..Partita IVA …………………………………….……………… Telefono ……………………………………. e-mail …………………………………..…………………… PEC: …………………………………………………………….…………

**CHIEDE**

Di poter partecipare all'Avviso Pubblico finalizzato all’acquisizione di preventivi per l’affidamento diretto del servizio: **“SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA PER I DIPENDENTI E INCARICO DI MEDICO COMPETENTE DI ASP AZALEA AI SENSI DEL D.LGS. 81/2008 PER IL TRIENNIO 2023-2025– CIG**: **Z0038C7B1C**

**Luogo di esecuzione:** tutte le sedi di ASP AZALEA

**A tal fine dichiara (barrare le caselle):**

a di essere in possesso dei requisiti di ordine generale per la partecipazione alle procedure di affidamento degli appalti pubblici e per la stipula dei relativi contratti, e di non trovarsi nelle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50/2016;

di essere in regola con i versamenti dovuti agli istituti previdenziali (INPS e INAIL);

di essere regolarmente iscritto all’Elenco nazionale dei Medici Competenti in possesso dei titoli e requisiti previsti dall'art. 38 comma 1 e comma d-bis D.Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008, gestito dal Ministero della Salute, con il seguente **numero di iscrizione**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di essere in possesso di n. \_\_\_\_\_\_\_\_ esperienze di medico competente in altri enti pubblici o privati (specificare nel curriculum);

di esprimere il proprio consenso, ai sensi dell’art 13 del D. Lgs. n.196/2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018, al trattamento e alla comunicazione dei dati personali conferiti per le finalità e per la durata necessaria per gli adempimenti connessi alla prestazione lavorativa richiesta.

**Alla presente richiesta si allega:**

* fotocopia del documento valido di identità di chi sottoscrive la richiesta;
* curriculum professionale o aziendale comprovante i requisiti di idoneità professionale e tecnica;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì

**TIMBRO E FIRMA**

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n° 82/2005 s.m.i. e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa*