Spett.le

A.I.C.A. – Azienda Idrica Comuni Agrigentini

Via Trinacria, 1

92021 – Aragona (AG)

PEC: [pec.aica@pec.it](mailto:pec.aica@pec.it)

**OGGETTO:** MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DI MEDICO COMPETENTE EX D.LGS. 81/2008

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto l’avviso pubblico per la manifestazione di interesse per l’individuazione di un professionista per l’incarico in oggetto;

Consapevole che la presente istanza è finalizzata solo a manifestare un interesse alla partecipazione alla procedura riguardante l’assegnazione dell’incarico in oggetto;

Consapevole delle responsabilità ex D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

**COMUNICA**

La propria manifestazione d’interesse ad essere ammesso all’indagine di mercato per il conferimento di incarico di Medico Competente ex D.Lgs. 81/2008, per come meglio indicato nell’avviso pubblico.

A tal fine **dichiara** ai sensi degli artt. 45 e 46 del DPR 445/2000 e successive modificazioni:

* che non sussistono cause di esclusione previste ex art. 80 D Lgs 50/2016;
* di essere in possesso dei titoli e requisiti previsti dall’art. 38 D.Lgs. 81 del 9 aprile 2008 e di essere iscritto all’Albo Nazionale dei Medici Competenti presso il Ministero del lavoro, salute e delle politiche sociali, da almeno cinque anni.
* di avere un fatturato globale minimo annuo, riferito al triennio 2019-2021, in attività oggetto dell’avviso, di almeno 1,5 volte pari a € 33.000,00, IVA e Cassa escluse;
* di avere svolto, nel triennio 2019-2021, l’attività di Medico Competente nei confronti di enti/ aziende pubbliche o private con un numero di dipendenti non inferiore a 150 unità.

Il/La sottoscritto/a chiede che tutte le comunicazioni inerenti questa procedura vengano inviate, a mezzo P.E.C., al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Allega :

* copia di un documento di riconoscimento in corso di validità (eventuale);
* informativa trattamento dati personali;
* curriculum vitae sottoscritto;
* elenco degli incarichi prestati con indicazione del Committente e delle date di inizio e fine incarico e dei corrispettivi dell’incarico;

Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_