**MODELLO B**

**OGGETTO: Istanza di partecipazione del medico competente incaricato - Procedura negoziata per l’affidamento dell’incarico di medico competente per la durata di 24 mesi, ai sensi del D. LGS. n. 81 del 9 aprile 2008 e s.m.i. - CIG ZBA2AA1AAC**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

n. \_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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. n.445 del 28 dicembre 2000, oltre ad incorrere nelle conseguenze amministrative previste per le procedure relative ai pubblici appalti,

**D I C H I A R A**

* **di accettare,** in caso di affidamento dell’incarico in questione all’operatore economico concorrente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_, la designazione ad assumere l’incarico di Medico Competente, ai sensi del DLgs 9.4.2008 n. 81 e smi.;

* **di avere** preso conoscenza di quanto contenuto nel bando di gara e di accettarne incondizionatamente quanto contenuto e stabilito in essi;
* **di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia** conseguita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di essere iscritto, a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel relativo Ordine Professionale della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* **di essere iscritto nell'elenco dei Medici** competenti istituito presso il Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali con numero di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* **di non trovarsi** nelle condizioni ostative di cui all’art.39, comma 3, del DLgs n.81/2008 e smi;
* **di non trovarsi in nessuna** delle condizioni di esclusione previste dall'art. 80 del D.lgs. n.50/2016 e s.m.i.;
* **di essere informato,** ai sensi e per gli effetti del RGPD che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa.

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

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

**A L L E G A T I**

- **Fotocopia non autenticata** (fronte-retro) di valido documento d’identità del dichiarante