**Allegato 1**

**Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo Statale**

**“G. ARPINO” di Sommariva del Bosco**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il sottoscritto |  | |
| rappresentante legale della ditta (denominazione ragione sociale) |  | |
| Codice fiscale  Partita Iva |  | |
| Indirizzo della sede legale, tel., mail |  | |
| Dati di Nascita del rappresentante legale | Comune |  |
| Provincia |  |
| Data |  |
| Residenza del rappresentante legale | CAP/Comune |  |
| Provincia |  |
| Via/Piazza |  |
| Telefono |  |
| Email |  |

ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R n. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi,

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE**

all’affidamento triennale 01/09/2022 – 31/08/2025, del servizio di Sorveglianza Sanitaria e dell’Incarico di Medico competente, ai sensi del D. Lgs. n. 81/2008, art. 18, comma 1, lettera A) da svolgersi presso l’Istituto Comprensivo Statale G. ARPINO di Sommariva del Bosco

**DICHIARA**

* l’insussistenza di una qualsiasi causa di esclusione dalla partecipazione degli operatori economici agli appalti pubblici, di cui all’art. 80 del D. Lgs. n.50/20016;
* che il professionista che eventualmente assumerà l’incarico di Medico competente è in possesso dei requisiti di carattere professionale di cui all’art. 32 del D. Lgs. n.81/2008, anche con riferimento alla frequenza alla formazione di cui al provvedimento in data 26/01/2006 n. 2407 e ha maturato in maniera continuativa un’esperienza specifica pari almeno a tre anni quale Medico competente di istituzioni scolastiche e precisamente:

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 – GDPR (tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali), che i dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE (firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La presente dichiarazione deve essere accompagnata da copia fotostatica di un documento di riconoscimento del legale rappresentante sottoscrittore, ai sensi del D.P.R n. 445/2000 e da curriculum vitae in formato europeo del professionista che eventualmente assumerà l’incarico di Medico Competente.