**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER AFFIDAMENTO DI**

**INCARICO PROFESSIONALE PER LO SVOLGIMENTO DI ‘ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA SANITARIA E MEDICO COMPETENTE**

All’Ordine provinciale dei Medici-Chirurghi

e degli Odontoiatri di Campobasso

PEC [info.cb@pec.omceo.it](mailto:info.cb@pec.omceo.it)

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………….........

nato/a a …………………………………………………………… (…………) il ……………………………………....

codice fiscale …………………………………………………………, telefono ………………………...........................

email………………………………………………………PEC…………………………………………………………..

in qualità di rappresentante legale della…………………………………denominata………………………………

…………………………………….C.F…………………………………………………………,

email………………………………………………………PEC…………………………………………………………..

**C H I E D E**

di partecipare alla manifestazione di interesse per affidamento di un **INCARICO PROFESSIONALE PER LO SVOLGIMENTO DI ‘ATTIVITÀ DI  SORVEGLIANZA SANITARIA E MEDICO COMPETENTE** e, a tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

**ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000**

* Di non rientrare in nessuna delle condizioni indicate all'art. 80 del d. Igs. 50/2016 quali cause di esclusione di un operatore economico dalla partecipazione a una procedura d'appalto o concessione;
* di aver letto e di accettare, senza condizione o riserva alcuna, le prescrizioni contenute nell’avviso di manifestazione di interesse;
* di autorizzare l’Ordine al trattamento dei dati personali per le finalità inerenti alla selezione, a norma del D.Lvo 196/2003 e successive modificazioni e integrazioni.

Data

Firma

**Allegati obbligatori:**

* **preventivo economico**
* **curriculum professionale**
* **copia non autenticata di un documento di identità in corso di validità**