

MODULO A - Istanza di Manifestazione di interesse

Oggetto: avviso pubblico per la manifestazione di interesse e relativa offerta economica, per il conferimento di alcuni incarichi professionali di Medico Competente Coordinato delle aziende del Gruppo VERITAS.

Riferimento procedura VERITAS SpA: RA 74-18/AG.

Il sottoscritto _____ CF _____

- con residenza/domicilio in _____

via _____ n. _____ CAP _____

Provincia (____) Stato _____

P. IVA _____ C.F. _____

- con domicilio fiscale nel Comune di _____ Provincia (____)

Stato _____

(da indicare se diverso da quello di residenza)

PRESO ATTO

dell'Avviso pubblico con relativi allegati per la Manifestazione di Interesse in oggetto

MANIFESTA

l'interesse per il conferimento dell'incarico professionale di Medico Competente Coordinato delle aziende del Gruppo VERITAS.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità civile e penale

DICHIARA QUANTO SEGUE

di partecipare in qualità di:

Professionista - in forma _____

(specificare la forma di esercizio della professione: libera; dipendente o collaboratore)

Altro _____ (specificare).

- di eleggere domicilio per l'invio di tutte le comunicazioni della presente procedura, all'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) di seguito indicata:

_____;

e di autorizzare espressamente VERITAS S.p.a. all'eventuale utilizzo del seguente numero di fax:

- il referente verso VERITAS S.p.a. è _____

telefono fisso e/o mobile _____

- di accettare tutte le condizioni contenute nelle Norme per la Manifestazione di Interesse;

- di accettare le facoltà e le riserve espressamente indicate in dettaglio da VERITAS S.p.a. all'art. "10. *Obblighi dell/i Soggetto/i in graduatoria*" ed art. "11. *Ulteriori clausole specifiche e riserve*" delle Norme per la manifestazione di interesse;

- che la manifestazione è presentata esclusivamente a proprio nome;

DICHIARA INOLTRE IL POSSESSO DEI SEGUENTI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

- di avere una laurea in medicina e chirurgia con abilitazione all'esercizio della professione;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____
al numero: _____;
- di essere iscritto nell'elenco dei Medici Competenti istituito presso il Ministero della Salute con il codice ID _____;
- di non essere inibito per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della libera professione;
- di avere i requisiti previsti dall'art. 38, comma 1 del D. Lgs. 81/2008 e ss. mm. e ii.;
- di non trovarsi nella condizioni di cui all'art. 39, comma 3 del D. Lgs. 81/2008 e ss. mm. e ii.;
- di avere conseguito n. 150 crediti formativi nel periodo 2015-2016-2017;
- in caso di dipendente o collaboratore di una struttura esterna pubblica o privata: di essere munito delle eventuali autorizzazioni del datore di lavoro;
- in caso di medico libero professionista appartenente ad uno studio professionale associato: dichiara che la presente istanza viene presentata a titolo individuale;
- di non trovarsi in una delle situazioni ostative previste dall'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 e ss. mm. e ii.;
- di non avere avuto contenziosi o conflitti d'interesse con le aziende del Gruppo VERITAS e di non averne in corso.

Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e ss. mm. e ii., che i dati personali raccolti saranno trattati da VERITAS S.p.a., anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa ed agli eventuali atti successivi. I dati saranno trattati in modo lecito, secondo correttezza e con la massima riservatezza e saranno registrati e conservati in archivi informatici e cartacei. Titolare del trattamento è VERITAS S.p.a. nella persona del Direttore Generale, con sede legale in Santa Croce, 489 30135 Venezia VE. In qualunque momento sarà possibile esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs.196/2003, contattando il Responsabile del Trattamento dei dati: Dott. Massimo Zanutto, presso la sede legale Santa Croce, 489 30135 Venezia VE.

Con la firma della presente pagina della Istanza di Manifestazione di Interesse, il Soggetto firmatario sottoscrive e attesta espressamente il contenuto di tutte le pagine che compongono il presente documento e gli eventuali allegati.

Data _____

Timbro Soggetto

Firma _____

ATTENZIONE:

- La mancata sottoscrizione della presente Istanza di Manifestazione di Interesse equivale a mancata dichiarazione ed è causa di esclusione.
- Alla presente Istanza di Manifestazione di Interesse deve essere allegata copia di un documento di identità del sottoscrittore a pena di esclusione.
- Non sono ammesse modifiche che alterino il contenuto sostanziale delle dichiarazioni.
- Qualora lo spazio riservato per le informazioni da rendere non fosse sufficiente, dovranno essere fornite le ulteriori informazioni mediante dichiarazioni su carta a firma leggibile e per esteso del sottoscrittore della Istanza di Manifestazione di Interesse.