

**OGGETTO:** Servizio di sorveglianza sanitaria e funzioni di medico competente. per mesi dodici.  
Dichiarazione sostitutiva di certificazioni.

\_ 1 \_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a

il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ )

residente in \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ )

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46, 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 76 del predetto **D.P.R.**,

#### DICHIARA

-Di essere in possesso dei requisiti professionali per l'espletamento delle funzioni di medico competente per la sorveglianza sanitaria previsti dall'art. 38 del D. Lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii., ed a tale scopo indica i seguenti dati di iscrizione nell'elenco dei medici competenti: \_\_\_\_\_

-Che a proprio carico non ricorre alcuna delle cause ostative di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016:

-di avere preso visione del disciplinare e di impegnarsi all'espletamento del servizio secondo le disposizioni in esso contenute e nel rispetto delle disposizioni di legge di cui al D.Lgs. n.81/2008 e ss.mm.ii.;

Di accettare che tutte le comunicazioni inerenti l'affidamento vengano effettuate tramite PEC e/o E-mail, indicando i seguenti indirizzi:

Pec \_\_\_\_\_

E - mail \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ - Telefono \_\_\_\_\_.

Allega alla presente copia in corso di validità del documento di riconoscimento.

Li \_\_\_\_\_

Il Dichiarante