ALLEGATO 1

Al GAL TERNANO

Largo Don Minzoni, 4

05100 TERNI

**AVVISO ESPLORATIVO PER “MANIFESTAZIONE DI INTERESSE” PER SUCCESSIVO AFFIDAMENTO** **DEL** **SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA E MEDICO COMPETENTE DEL GAL TERNANO PER GLI ANNI 2023-2024 CON POSSIBILITA’ RINNOVO PER UGUALE O INFERIORE PERIODO. CUP: J42I17000070009. CIG: Z0C350CBC7.**

Il sottoscritto …………………………………………………..nato a………………………………. il ………………………residente a ……………………….via………………………………………. Codice fiscale …………………………………………………

Tel………………………………..Fax…………………………,cell………………………………… e-mail……………………………………………………, PEC…………………

in qualità di legale rappresentante della Società……………………………………………………..

con sede in …………………………………………….via ………………………………………….. Codice fiscale………………………………………….Partita Iva…………………………………… Tel………………………………..Fax…………………………,cell………………………………… e-mail……………………………………………………, PEC…………………

**MANIFESTA**

Il proprio interesse a partecipare alla procedura per l’affidamento dell’incarico di medico competente del GAL Ternano

A tal fine

**DICHIARA**

1. di essere iscritto all’Albo Professionale ……………………..
2. Di essere iscritto nell’elenco dei medici competenti del Ministero della Salute al n….
3. Di essere iscritto presso la CCIAA di ……………..…..
4. Che non ricorre, nei confronti del concorrente, alcuna delle cause di esclusione dalle gare per l’affidamento di servizi previste dall’art. 80 del D. Lgs 50/2016 e ss.mm.ii;
5. Di essere in possesso dei requisiti professionali di sui all’art.32 del D.Lgs 81/08 e s.m.i.
6. Di essere in regola con i versamenti contributivi

Si allega alla presente, a pena di esclusione, la seguente documentazione:

- curriculum vitae

- copia fotostatica del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

Luogo e data

Firma e timbro

**Sottoscrizione non autenticata ma corredata da fotocopia del documento di identità del firmatario (art. 38 comma 3 D.P.R. 445/2000)**