

**ALLEGATO 3**

**ALLA CAMERA DI COMMERCIO I.A.A. DI NAPOLI**

**OGGETTO**: Procedura NEGOZIATA per l’affidamento dell’incarico di medico competente e di

sorveglianza sanitaria, ai sensi del DLgs 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.. C.I.G.: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

n. \_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”, telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate

dall’art. 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000, oltre ad incorrere nelle conseguenze amministrative previste per

le procedure relative ai pubblici appalti,

**D I C H I A R A**

 **a. - di accettare,** in caso di affidamento dell’incarico in questione all’operatore economico concorrente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_, la designazione ad assumere l’incarico di Medico Competente, ai sensi del DLgs

9.4.2008 n. 81 e smi.;

 **b. - di avere** preso conoscenza di quanto contenuto nel bando di gara e nel relativo Capitolato d’Oneri e di

accettarne incondizionatamente quanto contenuto e stabilito in essi;

 **c.** - **di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia** conseguita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di essere iscritto, a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel relativo

Ordine Professionale della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 **d. - di essere iscritto nell'elenco dei Medici** competenti istituito presso il Ministero del Lavoro, della salute e delle

politiche sociali con numero di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

 **e. - di non trovarsi** nelle condizioni ostative di cui all’art.39, comma 3, del DLgs n.81/2008 e smi;

 **f. - di non trovarsi in nessuna** delle condizioni di esclusione previste dall'art. 80 del D.lgs. n.50/2016 e s.m.i.;

 **g. - di essere informato,** ai sensi e per gli effetti del R.G..P,D che i dati personali raccolti saranno

trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente

dichiarazione è resa.

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A L L E G A T I**

- **Fotocopia non autenticata** (fronte-retro) di valido documento d’identità del dichiarante.

- **Altro** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_