

Modello di manifestazione di interesse

Spett. GESTIONE ACQUA S.p.A.
Corso Italia, 49
15067 NOVI LIGURE AL

AVVISO DI INDAGINE DI MERCATO, AI SENSI DELL'ART.36 COMMA 2 LETTERA B DEL D.LGS.50/2016 E S.M.I., PER LA RACCOLTA DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE A PARTECIPARE ALLA GARA, TRAMITE PROCEDURA NEGOZIATA, PER L'INCARICO DI MEDICO COMPETENTE E DELL'ESECUZIONE DEL PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA SANITARIA PREVISTI DAL D.LGS. 81/08 E S.M.I.

Il sottoscritto _____ nato il _____
a _____ (_____) C.F. _____
residente in _____ (_____), Via _____
in qualità di _____
della società _____
con sede legale in _____ (_____)
via _____ n° _____ cap. _____
tel. n. _____ fax n. _____
e-mail _____ C.F. _____
P.IVA _____ iscrizione registro delle imprese di _____ n. _____
cod.attività n. _____ n° dipendenti _____
C.C.N.L. applicato _____

in relazione all'avviso in oggetto, al quale intende partecipare:

come persona fisica in qualità di libero professionista singolo o in RTP con i professionisti qui di seguito indicati:

.....nato ail

residente.....Codice Fiscale

.....nato a il

residente.....Codice Fiscale

come Impresa Singola

quale Impresa Capogruppo o Consorziata equivalente della Associazione Temporanea di Imprese / Consorzio ex art. 45 comma 2 lett. e) del D.lgs. n. 50/2016 *(cancellare la parte non di interesse sulla base della forma giuridica ricorrente)* con le ditte qui di seguito specificate:

.....con sede in

via.....Codice Fiscale

.....con sede in

via.....Codice Fiscale

.....con sede in

via.....Codice Fiscale

quale Impresa mandante o Consorziata equivalente della Associazione Temporanea di Imprese / Consorzio ex art. 45 comma 2 lett. e) del D.lgs. n. 50/2016 *(cancellare la parte non di interesse sulla base della forma giuridica ricorrente)* con le ditte qui di seguito specificate:

.....con sede in

via.....Codice Fiscale

.....con sede in

via.....Codice Fiscale

.....con sede in

via.....Codice Fiscale

- come Consorzio o GEIE in proprio;
- quale Consorzio o GEIE per le seguenti Imprese Consorziato o facenti parte del GEIE:

..... con sede in

via.....Codice Fiscale

..... con sede in

via.....Codice Fiscale

..... con sede in

via.....Codice Fiscale

- quale Consorziato designata dal Consorzio _____ per l'esecuzione del servizio

(relativamente ai Consorziati opera il divieto di partecipare alla gara in qualsiasi altra forma ed, in caso di aggiudicazione, i soggetti assegnatari dell'esecuzione del servizio non potranno essere diversi da quelli suindicati).

MANIFESTA

il proprio interesse a partecipare alla procedura per l'affidamento del servizio di medico competente e dell'esecuzione del programma di sorveglianza sanitaria previsti dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

A tal fine

DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali previste dal D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, che al momento della presentazione della domanda è in possesso dei seguenti requisiti

1. Assenza delle cause di esclusione di cui all'art. 80 D. Lgs. 50/2016 e s.m.i.
2. Iscrizione all'elenco Nazionale dei medici competenti di cui all'articolo 38, comma 4, del decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81, così come previsto dal D.M. 4 marzo 2009 (G.U. serie generale n. 146 del 26 giugno 2009)

3. *(eventuale se persona giuridica)* Iscrizione alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura territorialmente competente, per attività oggetto dell'appalto. In questo caso, l'operatore economico – persona giuridica dovrà dichiarare di avere nel proprio organico come dipendente o collaboratore uno o più professionisti iscritti nell'elenco dei Medici Competenti istituito presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali così come previsto dall'art. 38 comma 4 del D.lgs. N. 81/2008 e s.m.i. *(nel caso di più professionisti ugualmente idonei, l'Operatore Economico partecipante dovrà altresì dichiarare, in sede di offerta, il professionista che dovrà essere nominato come Medico Competente);*
4. Di aver eseguito, negli ultimi tre esercizi finanziari approvati, le funzioni di Sorveglianza Sanitaria con nomina del Medico Competente a favore di soggetti pubblici e/o privati per un importo complessivo di euro 10.000,00 (al netto delle imposte e contributi di legge)

Luogo e data _____

Timbro e firma dell'offerente _____

Si allega copia fotostatica del documento di identità del firmatario in corso di validità