**Allegato B)**

**MODULO PER INVIO MANIFESTAZIONE D’INTERESSE E DICHIARAZIONE REQUISITI**

**Oggetto: Servizio di Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (R.S.P.P), Medico Competente, Sorveglianza Sanitaria per gli anni 2022-2023-2024-2025, con possibile proroga di due anni**.

Il/La sottoscritto/a ,.......................................C.F.........................,nato/a................ a il..................... ,

residente a............................in via...................... n......,cap............ , in provincia di

…........................., n. …......tel. …............,pec.................... e-mail.................

**chiede**

di essere invitato al confronto concorrenziale per l’affidamento del di Servizio di Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (R.S.P.P), Medico Competente, Sorveglianza Sanitaria di cui al D.Lgs. 81/08 e s.m.i., per gli anni 2022-2023-2024-2025 con eventuale proroga di due anni come indicato nel relativo avviso.

Consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, così come stabilito dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

**DICHIARA**

1. di essere regolarmente iscritto/a nell'Albo dei Medici Chirurghi di ……………….dal ……………… al numero ………………..;.
2. di non ricadere in alcuna delle cause di esclusione previste dall’art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e l'insussistenza di qualsiasi altra situazione prevista dalla legge come causa di esclusione da gare di appalto o come causa ostativa alla conclusione di contratti con la Pubblica Amministrazione;
3. di essere soggetto strutturato, organizzato ed avente i requisiti di legge (art. 38 D.Leg. n.81/2008) per prestare il servizio in oggetto.

Luogo e data

Firma

Allegare documento di identità