**Fac simile istanza**

**Spett. ATM Spa Trapani**

**Via Libica snc c/o Autoparco Comunale**

**91100 Trapani**

**@mail** **atmtrapani@legalmail.it**

## OGGETTO: *Manifestazione di interesse l’affidamento dell’incarico di Medico Competente.*

Il sottoscritto/a:

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Data di nascita |  |
| Comune di nascita |  |
| Codice Fiscale |  |
| Comune di residenza |  |
| Residenza, via e numero civico |  |
| Codice Fiscale |  |
| Partita Iva |  |
| Indirizzo @mail |  |
| Indirizzo @mail pec  |  |
| Telefono fisso (facoltativo) |  |
| Telefono cellulare |  |
| Domicilio eletto |  |

**Manifesta**

il proprio interesse a partecipare all’avviso in oggetto.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

**Dichiara**

1. Che le proprie generalità sono quelle sopra indicate;
2. Di essere cittadino italiano o essere cittadino di uno Stato membro dell'Unione Europea (indicare quale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. Di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza (indicare quale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. Di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di residenza di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. Di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione di cui all’art. 80 del Dlgs n. 50/2016;
6. Di non essere stato soggetto a provvedimenti interdittivi alla contrattazione con le pubbliche amministrazioni e/o essere stati destituiti o dichiarati decaduti dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione o Ente di Diritto Privato in controllo pubblico;
7. Di non trovarsi in situazioni di incompatibilità o conflitto di interesse con ATM e/o con il Comune di Trapani, Socio Unico di ATM;
8. Di possedere i requisiti professionali previsti per l’esecuzione del presente servizio;
9. Di essere in possesso di polizza RC professionale tipo “medico competente” n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emessa da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, specifica per le responsabilità connesse all’attività di Medico Competente;
10. Di aver preso visione e di accettare integralmente tutte le condizioni contenute nell’avviso;
11. Di essere informato che, i dati forniti, ai sensi del D.Lgs. n. 163/06 e del Regolamento UE 679/2016, sono trattati in base ad un obbligo previsto dalla legge e/o contrattuale, e, a tal fine, acconsente al trattamento per ogni esigenza della procedura di selezione e per la stipula del contratto e i correlati adempimenti, dando atto di essere informato dei diritti esercitabili ai sensi delle medesime disposizioni normative;
12. Che le dichiarazioni contenute nella presente domanda sono documentabili;
13. Di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR n° 445 del 28 dicembre 2000, per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, ed inoltre della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, ai sensi di quanto stabilito dall’art. 75 dello stesso decreto
14. Di autorizzare ATM Spa Trapani all’invio di tutte le comunicazioni all’indirizzo mail pec sopra indicato;

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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

Si allega:

1. Copia del curriculum vitae redatto in formato europeo reso sottoforma di dichiarazione ai sensi del DPR 445/2000;
2. Copia di un documento di identità in corso di validità del dichiarante firmatario della domanda di partecipazione;

*Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere informato/a e consapevole che, ai sensi del D.Lgs. n. 101/2018 ed ai sensi e per effetto del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali, ATM Spa Trapani è autorizzata al trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda e che essi saranno utilizzati esclusivamente per le finalità strettamente connesse alla gestione dell’avviso in oggetto.*

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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