

Spett. le AAMPS S.p.a.
Via dell'Artigianato, 39/B
57121 Livorno

OGGETTO: Avviso di manifestazione di interesse per incarico
per qualifica di Medico Competente e attività di
sorveglianza sanitaria.

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente in _____ Via/piazza _____ n. _____
tel. n. _____ fax _____
codice fiscale _____ partita I.V.A. _____
Indirizzo e.mail: _____
Indirizzo PEC (posta elettronica certificata): _____

in riferimento alla manifestazione di interesse in oggetto, con la presente confermo il mio interesse ad
un eventuale affidamento dell'incarico e a tal fine dichiaro:

- che non sussistono a mio carico cause di esclusione previste all'art. 38 del d.lgs. del 12/04/06 n. 163;
- di aver svolto attività di medico competente per le seguenti amministrazioni/imprese pubbliche o private:

<u>Amministrazione / Impresa</u>	<u>Anno</u>

Data _____

Firma

Allegato: copia del documento del dichiarante