

## ALLEGATO A

Spett.le ASP della Carnia  
via Morgagni, 5  
33028 Tolmezzo (UD)

**Oggetto:** AVVISO ESPLORATIVO DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE  
PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA E DI  
MEDICO COMPETENTE AI SENSI DEL D.LGS. 81/2008 E SMI  
PER L'ASP DELLA CARNIA DI TOLMEZZO.  
PERIODO 01/04/2017 – 01/04/2019.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, *come da allegata copia di valido documento di identità,*

in qualità di legale rappresentante della

*Ditta/Società/Studio* \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

codice fiscale \_\_\_\_\_ P.Iva \_\_\_\_\_

memore delle pene stabilite dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

### **DICHIARA**

- l'insussistenza delle cause ostative di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016;
- il possesso di uno dei titoli o requisiti di cui all'art. 38 del d.lgs. 81/2008 ed iscrizione al rispettivo elenco dei medici ;
- un fatturato minimo annuo nel settore di attività oggetto dell'appalto (di uno degli ultimi tre Esercizi 2014-2015-2016) non inferiore ad €. 30.000,00;
- che le risorse umane e delle principali attrezzature tecniche a disposizione (compreso eventuali attrezzature di analisi ed indagine diagnostica) sono le seguenti:

---

---

---

---

---

---

---

- di aver svolto, nei tre anni precedenti alla data di emissione del presente Avviso, almeno un servizio di sorveglianza sanitaria ex D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. per conto di Amministrazioni Pubbliche o di soggetti privati con un numero di Lavoratori almeno pari a 30 unità;

- di possedere le certificazioni di qualità

---

---

- Se persona fisica:

Possesso dei requisiti previsti dall'art. 38 del D.Lgs. n. 81/08 e ss. mm. e ii;

- Se soggetto giuridico:

Iscrizione nel Registro Imprese, presso la competente C.C.I.A.A., per lo svolgimento del servizio in affidamento (in questo caso si dovrà indicare il professionista in possesso dei requisiti previsti nell'art. 38 del D. Lgs. 81/08 che, nell'eventualità dell'aggiudicazione, assumerà il ruolo di medico competente);

---

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

(firma del titolare o legale rappresentante)

---

**Allegato copia del documento d'identità.**