



COMUNE DI CATENANUOVA

Libero Consorzio Comunale di Enna

DICHIARAZIONE UNICA SOSTITUTIVA RESA AI SENSI DELL'ART46 D.P.R.445/2000

OGGETTO: Incarico Medico competente per sorveglianza sanitaria - D. Lgs. n. 81/2008 -
Periodo:1/8/2023 - 31/12/2025

..l. sottoscritt Dr./Dr.ssa _____ nat. a _____ il _____
e residente in _____ via _____, n. _____ con studio medico sito
in _____ via _____, n. _____ iscritto all'Ordine/Albo
_____, consapevole delle responsabilità e delle relative
sanzioni penali alle quali va incontro ai sensi dell'art. 76 D.P.R.n.445/200, nel caso di dichiarazioni mendaci,
falsità in atti ed uso di atti falsi,

DICHIARA

- di essere in possesso del seguente titolo/requisito necessario allo svolgimento dell'incarico, come previsto dall'art. 38 D. Lgs. n. 81/2008:

- di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione previste dall'art. 80 del D. Lgs. n.50/2016;
- di non versare in cause di incompatibilità con l'incarico da ricoprire;
- che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi in relazione all'incarico da ricoprire;
- di essere consapevole che la violazione degli obblighi derivanti dal codice di comportamento dei dipendenti pubblici costituisce causa di decadenza dall'incarico;
- di provvedere all'aggiornamento della presente dichiarazione sostitutiva qualora dovessero verificarsi variazioni rispetto a quanto con la presente;
- di essere in regola con il versamento dei contributi con la Cassa di Previdenza e Assistenza Professionale ENPAM;
- di prendere atto che in caso di inesatte o false dichiarazioni, l'Amministrazione si riserva la facoltà di revocare l'incarico;
- al fine di ottemperare a quanto disposto dall'art.3 della legge 13 agosto 2010, n.136 e s.m. di avvalersi del seguente conto corrente dedicato per il pagamento relativo al servizio in oggetto: conto corrente bancario presso Banca avente le seguenti coordinate IBAN ;
- che i propri dati fiscali sono: codice fiscale, partita iva.....;
- che il domicilio eletto è il seguente l'indirizzo di posta certificata:
- dichiaro di svolgere le visite mediche non *routinarie* nello studio medico ubicato in alla via/p.zza n., poiché l'Ente si impegna, in occasione delle visite annuali e biennali, a mettere a disposizione del professionista incaricato propri locali;

Allega: carta di identità in corso di validità n. rilasciata dal Comune
di

Li, _____

Il professionista