**ALLEGATO A - MODULO OFFERTA PREVENTIVO**

**OGGETTO**: *Offerta di preventivo per l’incarico di medico competente della Società di Servizi Valle d’Aosta S.p.A.*

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………….……………..………………………...

Nato/a il …………………………… a …………………………………..… Provincia di ……………..

in qualità di ………………………………………………………………………………………........

con sede in ………………………………………. CF/PI ……………………………..

**ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,**

DICHIARA

* di essere in possesso dei requisiti di moralità per poter contrarre con la pubblica amministrazione
* di essere in possesso dei requisiti di ordine tecnico-professionali necessari per l’esecuzione della prestazione
* di non trovarsi in situazioni di incompatibilità o conflitto di interessi con la Società di Servizi Valle d’Aosta S.p.A.;

OFFRE

di eseguire l’incarico di medico competente di cui all’oggetto alle condizioni indicate nella richiesta di preventivo per l’importo di € ……… per ciascuna visita medica completa, come meglio specificato dall’avviso pubblico, ed € ………/ora per altre attività, comprensivi di eventuali oneri previdenziali e oltre I.V.A. di legge

Luogo e data

Firma del/la professionista

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

Allegato: Documento di identità