Fac-simile - Manifestazione di interesse

**ALL’AGENZIA DELLE DOGANE E DEI MONOPOLI**

**DT X – Direzione regionale**

**per la Calabria**

**Via dei Plutino 4**

**89127 Reggio Calabria**

**PEC:**

**dir.calabria@pec.adm.gov.it**

|  |  |
| --- | --- |
| **Oggetto** | **MANIFESTAZIONE DI INTERESSE - Avviso prot. n. 6547/RU del 29 ottobre 2021**  per l’individuazione di n. 3 (tre) medici per attività di assistenza medica finalizzata alla prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19, da effettuare in favore del personale dell’agenzia o, a fini preventivi, dei soggetti potenzialmente fonte di contagio per il predetto personale |

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………………. nato/a a ………………………………………………….. Prov. (…..) il ……………..

residente in via/piazza………………………………numero……

città ……………………………………..Prov. (…………..) Stato ……………………

domiciliato in via/piazza………………………………numero………………………..

città ……………………………………..Prov. (…………..) Stato ……………………

telefono…………………….. PEC…………………………………………………………………………………….e-mail ……………………………………

Codice Fiscale ……………………………

Partita IVA ………………………………

**MANIFESTA**

il proprio interesse all’incarico descritto nell’Avviso prot. n. 6547/RU del 29/10/2021, per le seguenti sedi:

* ……………………………………………………………………..
* ……………………………………………………………………..
* ………………………………………………………………………...

a tal fine

**DICHIARA**

* di essere in possesso di Laurea in ……………………………. conseguita il ……………………………….. presso ………………………………………
* di essere iscritto all’ordine dei Medici della provincia di ………………………….. numero …………………………….. dal …………………………………………..
* di essere titolare di Partita IVA n…………………………………………………….
* di essere in possesso delle Polizze assicurative richieste.

Il/La sottoscritto/a è consapevole della circostanza che, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni, chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Ai sensi e per gli effetti del del D.Lgs. n.196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679, la raccolta dei dati personali che saranno trattati con e senza l’ausilio di strumenti elettronici per l’espletamento delle attività relative all’intera procedura.

Luogo e data………………………………

Firma ……………………………………..

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.