FAC SIMILE DOMANDA

**Spett.**

**ASP “REGGIO EMILIA- Città delle Persone**

**Via Marani n. 9/1**

**42122 Reggio Emilia**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C. F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_

del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(PR)\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(barrare quanto di interesse)

[ ] In **Proprio** (**se persona fisica**)

oppure

[ ] In qualità di **Legale Rappresentante** (se persona giuridica)

della **Società/Impresa**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Con Sede Legale In Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(PR)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_

Partita iva n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritta alla Camera di Commercio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INPS matricola azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_

INAIL codice azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare alla procedura comparativa per l’affidamento di un incarico biennale di supporto tecnico/operativo al Datore di lavoro per l’adempimento di tutti gli obblighi normativi di prevenzione del rischio legionellosi con particolare riferimento a quanto previsto dalla DGR 828 del 12/06/2017, nonché per lo svolgimento del ruolo di Responsabile per la gestione del rischio legionella per tutte le sedi operative aziendali;

**A TAL FINE DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di false dichiarazioni e nell'ipotesi di falsità in atti, e consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici eventualmente conseguiti qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, quanto segue:

*(n.b. contrassegnare con X le caselle corrispondenti e compilare ove richiesto*)

**DICHIARA**

* Che il professionista designato per l’incarico in oggetto e di seguito nominato è:

……………………………………………………………..

* Che i dati anagrafici e le dichiarazioni relative ai titoli ed esperienze professionali maturate e contenute nel curriculum vitae corrispondono al vero;
* (barrare quanto di interesse)

[ ] (se persona fisica**)**

che il sottoscritto non si trova in nessuna delle situazioni di incompatibilità, inconferibilità, o anche potenziali di conflitto di interesse di cui all’art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ed ii., nei confronti dell’ASP “REGGIO EMILIA Città delle Persone”.

*oppure*

* [ ] (se persona giuridica)

che il sottoscritto, l’Impresa/Società da me rappresentata nonché il professionista designato per l’incarico in oggetto come sopra nominato, non si trovano in nessuna delle situazioni di incompatibilità, inconferibilità, o anche potenziali di conflitto di interesse di cui all’art. 53 del D. Lgs. 165/2001 e ss.mm.ed ii, nei confronti dell’ASP “REGGIO EMILIA Città delle Persone”.

* (barrare quanto di interesse)

[ ] (se persona fisica**)**

per il sottoscritto

*oppure*

* [ ] (se rappresentante legale di persona giuridica)

per il professionista designato per l’incarico in oggetto e di seguito nominato,

( ) di essere cittadino/a italiano/a;

( ) di essere cittadino appartenente al seguente Stato della U.E. ……………………………………………….....…;

( ) di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza o provenienza;

( ) di non aver riportato condanne penali che escludono dall’elettorato attivo o che impediscano l’esercizio della professione;

( ) di non essere stato destituito/a o dichiarato/a decaduto/a dall’impiego presso una Pubblica Amministrazione;

( ) di essere in possesso del seguente titolo di studio....................................................;

( ) di non avere cause ostative a contrarre con una Pubblica Amministrazione;

( ) di non essere inibito/a per legge all’esercizio della libera professione;

( ) di non trovarsi in conflitto di interessi con l’ASP REGGIO EMILIA Città delle Persone;

( ) di non essere stato/a collocato/a in quiescenza.

( ) Il/la sottoscritto/a dichiara di conoscere e di accettare incondizionatamente tutte le disposizioni contenute nell’avviso di selezione.

Il/la sottoscritto/a ( ) acconsente ( ) non acconsente al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Reg. UE n. 679 /2016 per l'espletamento della procedura comparativa e la successiva gestione del contratto

FIRMA

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

Allega:

**1**. copia fronte retro documento d’identità in corso di validità

**2**. curriculum vitae

**3**. progetto formativo

**4.** offerta economica per lo svolgimento dell’incarico