

Dichiarazione possesso requisiti di idoneità professionale, capacità economico-finanziaria e tecnico-professionale.

Spett.le
STP Bari S.p.A.
Viale Lovri, n. 22
70123 BARI

Oggetto: procedura aperta per l'affidamento dell'incarico delle funzioni di medico competente e accertamenti sanitari del personale dipendente S.T.P. S.p.A., ai sensi del D.Lgs 81/2008.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il ____/____/____ a _____ (_____)

residente in _____ via _____ n° _____

Codice fiscale _____

- in qualità di TITOLARE/LIBERO PROFESSIONISTA LEGALE RAPPRESENTANTE
 PROCURATORE ISTITORE
 SOCIO UNICO (persona fisica)
 SOCIO DI MAGGIORANZA (persona fisica, in caso di società con meno di quattro soci)
 ALTRO (indicare il ruolo ricoperto)

dell'impresa:

Ragione sociale:

Codice fiscale Partita Iva

Sede Legale: (.....) cap

via n°

Sede operativa: (.....) cap

via n°

Tel. / Fax /

visto il Decreto Legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e s.m.i. e ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. n.445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

- a) di essere iscritto e abilitato all'esercizio della professione di medico competente, in quanto ricadente nell'art. 38 del D.Lgs 81 del 2008;
- b) indicare i riferimenti (ragione sociale, iscrizione alla C.C.I.A.A., sede legale, legale rappresentante) della struttura sanitaria autorizzata dal Sindaco ai sensi dell'art. 193 del T.U. Leggi sanitarie R.D. 27.7.1934, n. 1265 nel territorio comunale dove svolgere le principali attività sanitarie:

(Per le imprese non residenti in Italia, la predetta iscrizione dovrà risultare da apposito documento che dovrà attestare l'iscrizione stessa in analogo registro professionale o commerciale secondo la legislazione dello Stato di appartenenza);

- c) che, nel triennio 2014/2015/2016, ha conseguito un fatturato per servizi analoghi a quelli oggetto del presente appalto pari o superiore all'importo complessivo posto a base di gara. Tale dichiarazione deve essere corredata dall'elenco dei servizi analoghi svolti nel succitato triennio, con la specificazione degli importi, delle date e degli Enti/società destinatarie:

Committente	Oggetto	periodo	importo

- d) di possedere almeno 2 Unità Mobili di Medicina ovvero laboratori mobili per l'effettuazione dell'attività sul territorio;

Luogo e data _____

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Note di compilazione:

La presente dichiarazione dovrà essere sottoscritta, in calce per esteso con firma leggibile da parte del legale rappresentante o da persona abilitata ad impegnare l'ente o l'impresa.

In tale ultimo caso, dovrà essere prodotta in atti copia della fonte dei poteri;

Alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia di un documento di identità di ogni sottoscrittore, in corso di validità;

La presente dichiarazione dovrà essere prodotta da ciascuna impresa Concorrente, nonché da ogni singolo operatore del R.T.I.