

AL COMANDO LEGIONE CARABINIERI "EMILIA ROMAGNA"

Servizio Amministrativo - Via dei Bersaglieri n. 3

40125 – BOLOGNA

Trasmisione via P.E.C. tbo26767@pec.carabinieri.it

OGGETTO : AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI PSICHIATRIA, NELL'AMBITO DELLO SPORTELLINO DI "PSICOLOGIA MEDICA", PRESSO L'INFERMERIA PRESIDARIA DEL COMANDO LEGIONE CARABINIERI "EMILIA ROMAGNA" PER L'ANNO 2020 C.I.G. ZA82BB7730.

Il/la sottoscritto/a _____

nome e cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |

Partita IVA |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

telefono _____

e-mail P.E.C. _____

in relazione alla procedura per l'affidamento del servizio in oggetto, ad ogni effetto legale, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt.75 e 76 del D.P.R. 445 28.12.2000 :

DICHIARA

- a) di aver preso cognizione dell'avviso di preinformazione di cui alla procedura in oggetto;
- b) l'inesistenza delle situazioni di esclusione indicate all'80 del D. Lgs. 50/2016;
- c) che nei propri confronti, negli ultimi cinque anni, non sono stati estesi gli effetti delle misure di prevenzione della sorveglianza di cui all'art. 3 della Legge n. 1423 del 27/12/1956 irrogate nei confronti di un proprio convivente, o di una delle cause ostative previste dall'art. 10 della L. 575 del 31/05/1965
- d) di autorizzare il trattamento e la diffusione dei dati personali per le finalità di gestione del presente avviso ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e D.lgs. n. 33/2013;
- e) di aver preso visione e di accettare la "clausola di salvaguardia" di cui all'avviso di preinformazione;
- f) di essere in possesso dei titoli minimi richiesti, in particolare:

- Laurea in medicina e chirurgia, conseguita presso l'Università _____
_____ il _____;
- Iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di _____;
- Titolo di specializzazione in Psichiatria conseguito il _____ presso _____;
- Esercizio della professione di "psichiatra" dipendente da Istituzioni Sanitarie Pubbliche e/o operante in regime di libera professione dal _____;
- Impegno a garantire a proprie spese idonea copertura assicurativa di responsabilità civile verso terzi e professionale (con massimale congruo, non inferiore ad € 1.000.000,00 per evento/periodo) e per gli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività.

CHIEDE

di essere invitato alla procedura negoziata che codesto Ente svolgerà ai sensi dell'art. 36, comma 2, lett. a) D.Lgs. 50/2016, per l'espletamento del servizio di "psichiatria" presso l'Infermeria Presidiaria del Comando Legione Carabinieri "Emilia Romagna", per l'ANNO 2020, mediante sottoscrizione di accordo di collaborazione a tempo determinato.

(luogo)

(data)

firma ⁽¹⁾

(1) FIRMA DIGITALE o AUTOGRAFA, ALLEGANDO IN QUEST'ULTIMO CASO COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ, in corso di validità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.