

Allegato C

Dichiarazione sostitutiva di inesistenza delle cause di esclusione previste dall'art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) in via _____ n. _____

codice fiscale _____, nella qualità di libero professionista,

partita IVA n. _____, tel. n. _____

indirizzo P.E.C. _____

in riferimento all'eventuale affidamento dell'incarico di medico competente per lo svolgimento dell'attività di sorveglianza sanitaria, ai sensi degli artt. 25 e 41 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., consapevole delle responsabilità penali nel caso di false dichiarazioni, così come espressamente stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e consapevole della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, così come espressamente stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

l'inesistenza di tutte le cause di esclusione dalla partecipazione ad una procedura d'appalto o concessione elencate nell'art. 80 del D.Lgs. 50/2016, così come aggiornato.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del GDPR- Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma

Allega copia documento di riconoscimento in corso di validità.