

Allegato "A"

**Spett.
CONSORZIO DI BONIFICA
DELL'ORISTANESE
Via Cagliari, 170
09170 ORISTANO**

Manifestazione di interesse finalizzata all'affidamento del servizio di Medico Competente di cui al d. lgs. 81/2008 per il triennio 2018-2021.

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di _____

con sede legale in _____

partita IVA _____, codice fiscale _____

tel. _____, cell _____

e-mail _____, PEC _____

DICHIARA

di manifestare l'interesse a partecipare all'indagine di mercato a scopo puramente esplorativo per l'affidamento del servizio di Medico Competente di cui al d. lgs. 81/2008 per il triennio 2018-2021.

(luogo e data)

(firmato digitalmente)

All.ti: copia fotostatica del documento di identità del dichiarante.

N.B. Compilare, stampare in formato pdf/A e firmare digitalmente