Fac-simile manifestazione di interesse

**ALL’AGENZIA DELLE DOGANE E DEI MONOPOLI**

**DIREZIONE**

**DT II LIGURIA, PIEMONTE E LA VALLE D’AOSTA**

**VIA RUBATTINO 4 - 16126 Genova**

**Italia**

**pec:**

**dir.liguria-piemonte-valledaosta@pec.adm.gov.it**

|  |  |
| --- | --- |
| **Oggetto** | **MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’INDIVIDUAZIONE DI N. 6 (SEI) MEDICI DA ADIBIRE H 24, TRAMITE REPERIBILITA’ PER FORNIRE ASSISTENZA MEDICA FINALIZZATA alla prevenzione della diffusione del contagio da COVID-19 da effettuarE in favore del personale dell’Agenzia o, a fini preventivi, dei soggetti potenzialmente fonte di contagio per il predetto personale.** |

Il sottoscritto …………………………………………………, nato a ………………………….. Prov. (…..) il …………….., residente/domiciliato in via/piazza………………………………numero……città ………………………Prov (…………..) Stato ……………………, telefono …………………….. PEC…………………………………………………………………………………….e-mail …………………………………… Codice Fiscale ………………………………………….Partita IVA ………………………………

**MANIFESTA**

il proprio interesse a partecipare per le seguenti sedi:

* ……………………………………………………………………..
* ……………………………………………………………………..
* ………………………………………………………………………...

a tal fine

**DICHIARA:**

* di essere in possesso di Laurea in ……………………………. conseguita il ……………………………….. presso ………………………………………
* di essere iscritto all’ordine dei Medici della provincia di ………………………….. numero ……………………………..
* Il/La sottoscritto/a è consapevole della circostanza che, ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni, chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.
* ai sensi e per gli effetti del D. Lgs n. , la raccolta dei dati personali che saranno trattati con e senza l’ausilio di strumenti elettronici per l’espletamento delle attività relative all’intera procedura.

Luogo e data………………………………

Firma ……………………………………..

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.