

OFFERTA TECNICA - PROCEDURA COMPARATIVA PER L'INDIVIDUAZIONE DI UN MEDICO CIVILE CUI AFFIDARE IL SERVIZIO DI MEDICO ADDETTO AL SERVIZIO SANITARIO DELLA SCUOLA NAUTICA GUARDIA DI FINANZA - PERIODO 01/01/2018 - 31/12/2018.

**Alla Scuola Nautica Guardia di Finanza
Ufficio Amministrazione – Sezione Acquisti
Via Nazario Sauro snc – 04024 – Gaeta (LT)
Tel 0771/464371 – pec: lt1210000p@pec.gdf.it**

OFFERTA TECNICA

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)
nato/a il _____ a _____ (____)
C.F. _____ P.IVA _____,
residente a _____ (____) Via/Piazza _____,
n. _____, cap. _____
Tel. _____ cell. _____ PEC: _____
dichiara sotto la propria personale responsabilità, autocertificando il possesso dei titoli e delle esperienze sotto riportate, ai sensi del d.P.R. n. 445/2000:

1. Pregressa esperienza in qualità di medico presso la Guardia di Finanza:

(indicare Reparto, luogo e periodo)

- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;

2. pregressa esperienza in qualità di medico presso Enti militari / Forze di Polizia (esclusa la Guardia di Finanza):

(indicare Ente, luogo e periodo)

- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;

3. pregressa esperienza in qualità di medico presso il S.S.N. (A.S.L., Ospedali, ambulatori ovvero strutture ospedaliere, ambulatori privati):

(indicare Ente, luogo e periodo)

- _____ dal _____ al _____ ;
- _____ dal _____ al _____ ;
- _____ dal _____ al _____ ;
- _____ dal _____ al _____ ;
- _____ dal _____ al _____ ;
- _____ dal _____ al _____ ;
- _____ dal _____ al _____ ;
- _____ dal _____ al _____ ;
- _____ dal _____ al _____ ;
- _____ dal _____ al _____ ;

4. diploma di specializzazione

in _____, conseguito
presso _____ in data _____ ;

in _____, conseguito
presso _____ in data _____ ;

in _____, conseguito
presso _____ in data _____ ;

5. ulteriori titoli:

- _____ dal _____ al _____ ;
- _____ dal _____ al _____ ;
- _____ dal _____ al _____ ;
- _____ dal _____ al _____ ;
- _____ dal _____ al _____ ;
- _____ dal _____ al _____ .

Luogo e data _____

Firma

Si allega:

- certificazione rilasciata dai committenti, volta a documentare la prestazione quale Medico dalla quale si rilevi, altresì, la durata e la struttura beneficiaria;
- copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, debitamente sottoscritta dal professionista.