

**DICHIARAZIONE SOSTITUTO MEDICO**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ , nat\_ a \_\_\_\_\_  
 (\_\_\_\_) in data \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_, Via/piazza  
 \_\_\_\_\_ nr.\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_),  
 di cittadinanza \_\_\_\_\_ **dichiara** sotto la propria personale responsabilità, **che in caso di aggiudicazione della gara al Dottor \_\_\_\_\_** si rende disponibile a sostituire il medesimo nell'incarico di Medico quale Rappresentante dell'Amministrazione presso la Commissione Medica Ospedaliera Interforze di La Spezia.  
**Periodo giugno 2019 - dicembre 2021.**

Dichiara, altresì:

- di non avere incompatibilità con altre attività da lui eventualmente svolte ai sensi dell'art.4 del D.P.R. 22.07.1996, n.484 (Accordo Collettivo Nazionale dei medici) riguardo al presente incarico presso la Guardia di Finanza;
- di rispettare le condizioni di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368, in materia di libera circolazione e riconoscimento dei titoli dei medici;
- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, nel rispetto dell'art. 53 del D.Lgs. n.165/2001, così come aggiornato ed integrato dalla Legge n.190/2012;
- di non essere soggetto già lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza (ex art.5 del D.Lgs. 95/2012).
- che nulla è dovuto dall'Amministrazione o dagli utenti.

**Lo scrivente è pienamente consapevole:**

- o delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, false o mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e dagli artt. 483, 489, 495 e 496 del Codice Penale;
- o che verranno svolti controlli da parte della Stazione Appaltante al fine di verificare la veridicità della presente autodichiarazione;
- o che laddove la presente autocertificazione risultasse non veritiera, falsa o mendace, la stazione appaltante procederà alla segnalazione agli Organi competenti quali tra gli altri la Procura della Repubblica competente per territorio, laddove emergessero ipotesi di reato, e l'Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**Si allegano:**

- curriculum professionale in formato europeo
- documento di riconoscimento in corso di validità