

Generalità dell'offerente

AL REPARTO TECNICO LOGISTICO AMMINISTRATIVO LIGURIA
GUARDIA DI FINANZA
Piazza Cavour nr. 1
16128 - Genova

OGGETTO: Affidamento incarico professionale di medico fisiatra presso l'Ufficio Sanitario
 - Sezione Poliambulatorio del Comando Regionale Liguria della Guardia di Finanza, per il **biennio 2026-2027**.

Il/la sottoscritt_ _____, nato/a a _____
 (___) in data _____ e residente in _____, Via/piazza
 _____ nr. ____, in relazione alla procedura concorsuale indicata
 in oggetto, dichiara sotto la propria personale responsabilità:

- di aver preso visione e accettato le condizioni oggetto del rapporto contrattuale indicate nel Capitolato Tecnico;
- di aver preso cognizione di tutte le circostanze generali e particolari che possano interessare il servizio e che tali circostanze ha tenuto conto nella determinazione dei corrispettivi ritenuti remunerativi
- **di aver preso visione che il compenso orario massimo (sul quale predisporre la propria proposta) oggetto del contratto è pari ad € 60,00/h da sottoporre a ribasso**;
- che la presente offerta è irrevocabile ed impegnativa fino a 60 (sessanta) giorni dalla data di scadenza dei termini per la sua presentazione

OFFRE:

PREZZO	
Compenso orario per le prestazioni rese (omnicomprensive di oneri e delle imposte di legge)	€ _____,_____ (in cifre)

	(in lettere _____/____) <u>In caso di discordanza tra importo in cifre ed importo in lettere verrà preso in considerazione quello più conveniente per l'Amministrazione.</u>
COMPONENTI MIGLIORATIVE (l'operatore economico dovrà indicare, per ogni voce riportata nell'elenco i dati richiesti,)	
• Voto finale laurea di II livello in Medicina e Chirurgia	_____/110 (indicare il voto di laurea conseguito)
• Voto finale specializzazione in Fisiatria	_____/70 (indicare il voto conseguito)
• Esperienze professionali pregresse in qualità di medico fisiatra (specificare incarico ricoperto) acquisite nell'ambito della PA	SI ☐ NO ☐ (in caso di risposta affermativa, indicare il periodo da esprimere in numero di anni, mesi o giorni di esperienza acquisita nell'ambito PA) Anni _____ Mesi _____ Giorni _____ Indicare anche le Pubbliche Amministrazioni in cui si è prestato servizio 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____

• Esperienze professionali pregresse in qualità di medico fisiatra (specificare incarico ricoperto) acquisite nell'ambito privato	SI ☐ NO ☐ (in caso di risposta affermativa, indicare il periodo da esprimere in numero di anni, mesi o giorni di esperienza acquisita nell'ambito privato) Anni _____ Mesi _____ Giorni _____ Indicare anche i privati presso cui si è prestato servizio 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ _____
--	---

Luogo e data _____

FIRMA

Si allega:

- documento di riconoscimento in corso di validità
- il presente documento dovrà essere sottoscritto digitalmente