Generalità dell'offerente

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

OGGETTO: Affidamento incarico professionale di medico chirurgo vascolare 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 <u>€ 60,00/h da sottoporre a ribasso</u>**;
- 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 _____/___) **In caso di discordanza tra importo in cifre ed importo in lettere verrà preso in considerazione quello più conveniente per l'Amministrazione.**
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 Chirurgia vascolare**	**_____/70 (indicare il voto conseguito)**
• **Esperienze professionali pregresse in qualità di medico chirurgo vascolare (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 chirurgo vascolare (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**