

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 Capo del Servizio Sanitario del Reparto Tecnico Logistico Amministrativo Liguria della Guardia di Finanza di Genova, sita in Piazza Cavour n.1, per il periodo marzo – dicembre 2018.

Dichiara, altresì:

- di non avere incompatibilità con altre attività da lui eventualmente svolte ai sensi dell'art.4 dei 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 essere
 - di non essere
- soggetto già dipendente dall'Amministrazione e 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 art. 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**