

Spett.le Comune di Turi
Via XX Settembre, n. 5
Turi (BA)

Oggetto: Preventivo di spesa per il servizio di sorveglianza sanitaria e funzioni del medico competente per il personale dipendente del Comune di Turi della durata di mesi 18.

Il sottoscritto _____ nato
il _____ a _____
residente in _____ Via
_____ n. _____, nella
qualità di soggetto fisico/libero professionista, oppure nella qualità di titolare/legale rappresentante
della società _____ con sede in
_____ Via
_____ n. _____
Partita IVA _____ codice fiscale _____,

dichiara di essere disponibile ad effettuare il servizio di sorveglianza sanitaria e le funzioni di
medico competente per il personale dipendente del Comune di Turi per mesi diciotto e ad espletare
tutti gli adempimenti previsti dal d.lgs. n. 81/2008 e s.m.i., per l'importo complessivo di €
_____ in lettere _____.

Luogo e data _____

Il Sottoscritto
Firma e timbro della Società