

Spett.le Consorzio di Bonifica 1 Trapani

Via Mario Rapisardi 30

91026 Mazara del Vallo

OGGETTO: Preventivo per il servizio di sorveglianza sanitaria e funzioni del medico per la durata di mesi dodici.

_ l _ sottoscritto/a _____ nato/a

il _____ a _____ prov. (_____)

residente in _____ prov. (_____)

Via _____ n. _____.

codice fiscale _____

dichiara di essere disponibile ad effettuare il servizio di *sorveglianza sanitaria e le funzioni di medico competente per il personale dipendente del Consorzio di Bonifica 1 Trapani per mesi dodici* e ad espletare tutti gli adempimenti previsti dal D.Lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii. e specificatamente quelli previsti nel disciplinare. per un compenso complessivo di € _____ in lettere _____.

Li

Il Professionista