

ALLEGATO 1

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE DI FISICA SANITARIA PER LE SORGENTI DI RADIAZIONI IONIZZANTI E NON IONIZZANTI UBICATE PRESSO I PRESIDII SANITARI DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente in Via _____
del Comune di _____ Provincia di _____
nella qualità di _____
con studio (o sede legale) in Via _____
del Comune di _____ Provincia di _____
Codice fiscale _____ Partita Iva n. _____

DICHIARA

- di voler partecipare alla procedura per il conferimento dell'**incarico professionale di fisica sanitaria** per le sorgenti di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti ubicate presso i presidi sanitari dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, nella qualità di (barrare l'ipotesi che ricorre):
 - ☐ persona fisica
 - ☐ persona giuridica
 - (solo nel caso di persona giuridica)
Partecipando nella qualità di persona giuridica il sottoscritto dichiara che il professionista incaricato in qualità di "esperto in fisica medica", di "esperto qualificato" e di "esperto responsabile per la sicurezza delle apparecchiature a risonanza magnetica nucleare, è /sono il/i dott. _____.

DICHIARA

Altresì, che il /i lotto /i di interesse per il quale presenta offerta è /sono il / i seguente /i (barrare l'ipotesi che ricorre):

- ☐ **LOTTO N. 1:** PRESIDII E STRUTTURE SANITARIE DELL'AMBITO TERRITORIALE DI VENOSA
- ☐ **LOTTO N. 2:** PRESIDII E STRUTTURE SANITARIE DELL'AMBITO TERRITORIALE DI POTENZA
- ☐ **LOTTO N. 3:** PRESIDII E STRUTTURE SANITARIE DELL'AMBITO TERRITORIALE DI LAGONEGRO

Ai sensi degli articoli 38 e 43 del d.P.R. n. 445 del 2000, eventuali comunicazioni e richieste vanno inviate al seguente indirizzo:

Via _____, n. ____ CAP _____ Sede _____

al numero di fax:

o alla e-mail:

@

In fede: _____
(data) (firma)