

**A.s.F.M. AZIENDA speciale FARMACIE MUNICIPALI – TERNI**

**AVVISO PUBBLICO**

L'Azienda speciale Farmacie Municipali di Terni intende istituire un Albo da utilizzare per l'eventuale esperimento di procedure finalizzate all'affidamento dell'incarico di "Medico Competente" (art. 38 D.L.gs n. 81 del 9/4/2008).

A tal fine i Medici in possesso di tali titoli e requisiti possono presentare istanza tramite apposito "Modello Iscrizione all'Albo Fornitori", scaricabile su questa pagina Web, debitamente compilato e sottoscritto con allegata fotocopia di un valido documento di riconoscimento del sottoscrittore (D.P.R. 445/2000) in conformità alle previsioni del presente avviso **entro le ore 14.00 del giorno 30 agosto 2013.**

Le istanze dovranno essere inoltrate secondo le seguenti modalità:

- **A mezzo posta** all'indirizzo: Azienda speciale Farmacie Municipali - Vico Politeama, 3 - 05100 Terni
- **A mezzo posta elettronica certificata** agli indirizzi: [afmterni@pec.it](mailto:afmterni@pec.it)

Il recapito del plico rimane ad esclusivo rischio del mittente, ove per qualsiasi motivo lo stesso non giunga a destinazione in tempo utile.

Per informazioni o chiarimenti contattare l' Ufficio Economato A.s.F.M. Sig. Adornato tel. 0744/432640\*14 - fax 0744/425161.

Si precisa che la formazione dell'Albo presso l'A.s.F.M. non pone in essere nessuna procedura selettiva, né prevede alcuna graduatoria di merito, ma semplicemente l'individuazione di Medici ai quali rivolgere l'invito per l'eventuale esperimento di procedure finalizzate all'affidamento dell'incarico.

PROF. n° 2209/SE

DEL 12.6 LUG. 2013



IL DIRETTORE  
(Dott. Nicola MULLI PERO)

All'Azienda speciale Farmacie Municipali  
Vico Politeama, 3  
05100 T E R N I

**Oggetto:** Domanda iscrizione Albo Fornitori Medici Competenti

**Istanza di ammissione e connessa dichiarazione**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
codice fiscale o partita I.V.A. \_\_\_\_\_ recapito a cui indirizzare tutte le  
comunicazioni \_\_\_\_\_  
con la presente

**CHIEDE**

di poter essere iscritto all'Albo Fornitori in oggetto, a tal fine:

**DICHIARA**

- di essere iscritto all'elenco dei Medici Competenti tenuto presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 38 comma 4 del D.Lgs. N. 81/2008
- di non trovarsi in una delle cause di esclusione di cui all'art. 38 del D.Lgs. 163/2006 ss.mm.ii.

**ALLEGA**

- fotocopia di un documento di identità , in corso di validità

**IN FEDE**

\_\_\_\_\_