

Spett.le Consorzio di Bonifica 3 Agrigento
Zona Industriale Via Miniera Pozzo Nuovo
92100 AGRIGENTO

OGGETTO: preventivo per il servizio di sorveglianza sanitaria e funzioni del medico per la durata di mesi 18 (diciotto).

 1 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 3 Agrigento per mesi 18 (diciotto)* 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