Il sottoscritto/a ....................................................................., nato/a a ........................................, il .................., residente a ........................................... (......), in Via ........................................................................ n. ….., in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare la qualifica) dell’impresa ......................................................................................... ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, nonché dell'art. 26 comma 1 lettera a) punto 1 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 e s.m.i., consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia e delle conseguenti responsabilità civili e contrattuali

**DICHIARA**

**La disponibilità dei seguenti soggetti a ricoprire la funzione di Operatore Tecnico cat. BS del CCNL Comparto Sanità per la durata di 15 gg con disponibilità ad effettuare turni h24**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COGNOME** | **NOME** | **DATA DI NASCITA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**(inserire eventuali ulteriori righe)**

**Che per tali operatori verrà garantita la messa in servizio (SELEZIONARE LA PROPRIA OFFERTA):**

**□ ENTRO 12 H DALLA RICHIESTA DI AREU SECONDO LE MODALITA’ INDICATE NELLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**□ ENTRO 24 H DALLA RICHIESTA DI AREU SECONDO LE MODALITA’ INDICATE NELLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**Che la percentuale offerta, per il proprio servizio, da applicare al costo orario indicato all’art. 2 della Manifestazione d’interesse è pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare la percentuale)**

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

f.to digitalmente

***Il dichiarante***

(nome e cognome e firma digitale)