

OFFERTA TECNICA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e s.m.i.)

AFFIDAMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE DI "DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITARIO" E "ASSISTENZA SANITARIA PER ESERCITAZIONI DI TIRO AL BERSAGLIO CON ARMI LUNGHE E A BORDO DI UNITÀ NAVALI" NELL'AMBITO DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA", AI SENSI DELL'ART. 36 DEL D.LGS. 18 APRILE 2016, N. 50. GUARDIA DI FINANZA. ANNI 2018 - 2019 - 2020.

Timbro del concorrente

Spett.le Guardia di Finanza
Reparto T.L.A. Emilia-Romagna
Ufficio Amministrazione – Sezione Acquisti
Via De' Marchi n. 2, 40123, Bologna

Il/la sottoscritto/a (scrivere nome e cognome) _____

nato/a il _____ a _____ (____)

C.F.: _____, P.I.V.A.: _____, residente in
_____, (____), Via _____ n. _____,

C.a.p.: _____, ovvero sede della propria attività in _____

(____), Via _____ n. _____ C.a.p.: _____,

tel.: _____, fax: _____, cell.: _____,

e-mail: _____, pec: _____.

Visto l'art. 8 dell'Avviso di gara e le seguenti tabelle ivi riportate:

TABELLA 2: TITOLI POSSEDUTI

TITOLO POSSEDUTO	PUNTEGGIO
laurea con votazione 110/110 e lode	1,00
laurea con votazione da 100/110 a 110/110	0,90
laurea con votazione da 90/110 a 99/110	0,70
per ogni specializzazione posseduta (ovvero titolo equipollente o titolo abilitante)	0,50
il punteggio massimo attribuibile relativo alla presente tabella è pari a 2	

(firma del concorrente)

TABELLA 3: ESPERIENZE PROFESSIONALI

ESPERIENZE PROFESSIONALI	PUNTEGGIO
per ogni anno (o frazione di anno pari ad almeno 181 giorni) di attività medica prestata nella Guardia di Finanza	0,75
per ogni anno (o frazione di anno pari almeno a 181 giorni) di attività medica prestata nelle Forze Armate, altre di Polizia, nel Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, nella Croce Rossa Italiana	0,50
per ogni anno (o frazione di anno pari almeno a 181 giorni) di attività medica prestata Servizio Sanitario Nazionale (A.S.L., ospedali, ambulatori pubblici, ecc.) o altra struttura pubblica	0,20
per ogni anno (o frazione di anno pari almeno a 181 giorni) di attività medica prestata presso qualsiasi struttura privata	0,05
il punteggio massimo attribuibile relativo alla presente tabella è pari a 5	

PRESENTA LA SEGUENTE OFFERTA TECNICA

TITOLI DI STUDIO POSSEDUTI:

Titolo di studio: **Laurea in** _____, conseguita presso l'**Università di** _____ in data _____ con votazione _____.

SPECIALIZZAZIONI POSSEDUTE (OVVERO TITOLI EQUIPOLLENTI O TITOLI ABILITANTI):

Specializzazione: _____, conseguita presso _____ in data _____ con votazione _____.

Specializzazione: _____, conseguita presso _____ in data _____ con votazione _____.

Specializzazione: _____, conseguita presso _____ in data _____ con votazione _____.

ESPERIENZE PROFESSIONALI:

Esperienza medica svolta presso _____ dal _____ al _____, pari a anni (o frazione di anno pari almeno a 181 giorni) _____, con l'incarico di _____.

(firma del concorrente)

Esperienza medica svolta presso _____
dal _____ al _____, pari a anni (o frazione di anno pari almeno a 181 giorni)
_____, con l'incarico di _____.

Esperienza medica svolta presso _____
dal _____ al _____, pari a anni (o frazione di anno pari almeno a 181 giorni)
_____, con l'incarico di _____.

Esperienza medica svolta presso _____
dal _____ al _____, pari a anni (o frazione di anno pari almeno a 181 giorni)
_____, con l'incarico di _____.

Esperienza medica svolta presso _____
dal _____ al _____, pari a anni (o frazione di anno pari almeno a 181 giorni)
_____, con l'incarico di _____.

Esperienza medica svolta presso _____
dal _____ al _____, pari a anni (o frazione di anno pari almeno a 181 giorni)
_____, con l'incarico di _____.

Esperienza medica svolta presso _____
dal _____ al _____, pari a anni (o frazione di anno pari almeno a 181 giorni)
_____, con l'incarico di _____.

Esperienza medica svolta presso _____
dal _____ al _____, pari a anni (o frazione di anno pari almeno a 181 giorni)
_____, con l'incarico di _____.

Esperienza medica svolta presso _____
dal _____ al _____, pari a anni (o frazione di anno pari almeno a 181 giorni)
_____, con l'incarico di _____.

Esperienza medica svolta presso _____
dal _____ al _____, pari a anni (o frazione di anno pari almeno a 181 giorni)
_____, con l'incarico di _____.

Esperienza medica svolta presso _____
dal _____ al _____, pari a anni (o frazione di anno pari almeno a 181 giorni)
_____, con l'incarico di _____.

Qualora si rendesse necessario indicare ulteriori esperienze mediche, utilizzare nuovamente pag. 3.

La mancanza della data e della sottoscrizione comporterà la nullità della domanda.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, consapevole del fatto che i predetti dati saranno trattati, anche con strumenti manuali e informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale il presente viene reso.

Sottoscrive la presente dichiarazione consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, alle quali può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di falsità in atti, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del predetto D.P.R. 445/2000.

Si allega all'istanza **fotocopia di un documento di riconoscimento** del/i sottoscrittore/i in corso di validità ai sensi dell'art. 23 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

luogo e data

timbro e firma

(firma del concorrente)