



# Consorzio Farmacie Servizi

*Ente Pubblico Economico*

## ALLEGATO A – MODELLO di DOMANDA

### Presentazione della Candidatura in qualità di RSPP

*Spett.le Co.Fa.Ser.  
Consorzio Farmacie e Servizi*

#### Dati Personali

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita Iva \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Domiciliato/a in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Numero telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

- di essere disponibile a ricoprire l'incarico quale Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione ;
- di essere in possesso dei requisiti e dei titoli di cui all'art. 32 del D. Lgs. n.81/2008;
- Consapevole della responsabilità penale e della decadenza da eventuali benefici acquisiti nel caso di dichiarazioni mendaci, dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, quanto segue:
- di essere cittadino italiano;
- di essere dipendente di altre amministrazioni (indicare quale) \_\_\_\_\_;
- ovvero di non essere dipendente di altre amministrazioni pubbliche ;
- di non aver subito condanne penali ,ovvero di avere i seguenti provvedimenti penali pendenti \_\_\_\_\_;

Per tale incarico richiede un compenso forfetario onnicomprensivo, pari a € \_\_\_\_\_

Si autorizza al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali conferiti, con particolare riguardo a quelli definiti "sensibili" dell'art 4, comma 1 lettera d) del D.Leg 196/03 per le finalità e durata necessaria per gli adempimenti connessi alla prestazione lavorativa richiesta.

Si allega:

Fotocopia del documento di Identità;

Curriculum Vitae in formato Europeo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

---

#### *Sede Amministrativa:*

Via Marcello, 83 - 84085 Mercato San Severino (SA)  
Tel. 089 820663 - 089 821201 - Fax 089 8201074  
Email: [info@cofaser.com](mailto:info@cofaser.com)  
PEC: [cofaser@pec.it](mailto:cofaser@pec.it)

#### *Sede Legale:*

Piazza IV Novembre c/o Casa Comunale  
84087 Sarno (SA)  
Partita IVA: 03502790656