

	<i>Da compilare da parte del concorrente</i>	<i>Valutaz. della Commissione</i>
<i>Offerta economica annua (non superiore ad € 1500,00 al lordo di ogni onere, contributo e event. IVA)</i>	€ _____	
<i>Titolo di studio del professionista incaricato del servizio e relativo voto (si valuta un solo titolo)</i>	<input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/> diploma _____ _____ voto ____/____	
<i>Esperienza come RSPP presso istituti scolastici nel Comune di Figline e Incisa Valdarno (comune di Figline Valdarno e comune di Incisa in val d'Arno come denominati fino al 2013) dal 1/9/2012 in poi</i>	Istituto _____ n. anni _____ Istituto _____ n. anni _____ Istituto _____ n. anni _____ Istituto _____ n. anni _____ Istituto _____ n. anni _____	
<i>Esperienza come RSPP presso istituti scolastici di altre località dal 1/9/2012 in poi</i>	Istituto _____ n. anni _____ Istituto _____ n. anni _____ Istituto _____ n. anni _____ Istituto _____ n. anni _____ Istituto _____ n. anni _____	
<i>Esperienza come RSPP presso enti pubblici non scolastici dal 1/9/2012 in poi</i>	Istituto _____ n. anni _____ Istituto _____ n. anni _____ Istituto _____ n. anni _____ Istituto _____ n. anni _____ Istituto _____ n. anni _____	
<i>Numero di documenti di valutazione del rischio redatti dal 1/9/2012 in poi</i>		
<i>Numero di corsi di formazione effettuati dal 1/9/2012 in poi</i>		
<i>Impegno a risp. al telefono/mail</i>	<input type="checkbox"/> Entro un'ora <input type="checkbox"/> Entro due ore	
<i>Dichiaro di essere a conoscenza di quanto previsto dal punto 4 del bando (barrare e firmare)</i>	<input type="checkbox"/> Firma _____	

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni civili e penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. e consapevole che, qualora dai controlli previsti dall'art. 71 dello stesso DPR n° 445 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista la decadenza dai benefici conseguiti, ai sensi dell'art. 75 del DPR stesso dichiara sotto la personale responsabilità: dichiara che i dati sopra riportati corrispondono a verità.

Data _____

Firma _____