

-FAC-SIMILE ADESIONE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE-

OGGETTO: Manifestazione di interesse per l'eventuale affidamento dei servizi di assistenza sanitaria: infermieri, personale di assistenza e fisioterapisti

Il sottoscritto (Cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

residente nel Comune di _____

Provincia _____ Via/Piazza _____

in qualità di _____

autorizzato a rappresentare legalmente la _____

con sede nel Comune di _____ CAP _____

Provincia _____ Via/Piazza _____

C.F. _____ P. I.V.A. _____

Tel. _____ fax _____ e-mail _____

Indirizzo di Posta Elettronica Certificata _____

presa visione ed accettato integralmente quanto contenuto nell'Avviso pubblico finalizzato all'acquisizione di manifestazione di interesse per l'eventuale affidamento del servizio in oggetto

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

per l'eventuale affidamento diretto del servizio di assistenza sanitaria: infermieri, personale di assistenza e fisioterapisti

A tale fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA:

1. il possesso dei requisiti di ordine generale per la partecipazione a gare, con particolare riferimento a quelli previsti dall'art. 80 del D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.;
2. l'insussistenza di alcuna delle ipotesi di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione ai sensi della normativa vigente;
3. l'iscrizione nel Registro delle Imprese della C.C.I.A.A. di _____ n° iscrizione _____ data _____ per le attività oggetto dell'affidamento _____

4. l'iscrizione ad altri albi o registri:

5. di voler ricevere ogni comunicazione relativa all'oggetto ai seguenti recapiti:

Nominativo	_____
Telefono	_____
e-mail	_____
PEC	_____

Data _____

Firma del Legale Rappresentante _____

Allegare: Fotocopia di valido documento d'identità del sottoscrittore