

ALLEGATO 1 -FAC-SIMILE ADESIONE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE-

OGGETTO: MANIFESTAZIONI DI INTERESSE A PARTECIPARE ALL'EVENTUALE PROCEDURA PER L'AFFIDAMENTO DELLE ATTIVITA' DI SUPPORTO AMMINISTRATIVO PER LE ESIGENZE DI ASUGI PRESSO I PROPRI AMBULATORI DISTRETTUALI

Il sottoscritto (Cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

residente nel Comune di _____

Provincia _____ Via/Piazza _____

in qualità di _____

autorizzato a rappresentare legalmente la Cooperativa/ditta _____

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 manifestazioni di interesse per l'eventuale affidamento del servizio in oggetto

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

ad essere invitato all' eventuale procedura per l'affidamento delle attività di supporto amministrativo per le esigenze di ASUGI presso i propri ambulatori distrettuali.

A tale fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. 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. 94 e ss. del D.lgs. 36/2023;
2. l'insussistenza di alcuna delle ipotesi di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione ai sensi della normativa vigente;

3. di ritenere ☐ congruo ☐ non congruo il valore a base d'asta di cui al punto 2) dell'avviso;
4. l'iscrizione dal _____ al Registro delle Imprese di _____ al numero _____ per la categoria di servizi/fornitura _____;
5. l'iscrizione all'Albo regionale delle Cooperative Sociali _____ al n. _____ dal _____;
6. l'iscrizione ad altri albi o registri: _____

7. di aver svolto, nell'ultimo triennio, almeno sei mesi nell'ambito di servizi analoghi a quelli in oggetto (indicare descrizione dell'attività svolta, anni e luoghi di svolgimento del servizio, il fatturato): _____

8. che il seguente istituto bancario o intermediario è in grado di attestare la solvibilità finanziaria: _____ S
ede _____
9. di voler ricevere ogni comunicazione relativa all'oggetto ai seguenti recapiti:

Nominativo _____

Telefono _____

e-mail _____

Data _____

Firma del Legale Rappresentante

Allegare: Fotocopia di valido documento d'identità del sottoscrittore