ALLEGATO 1 - FAC-SIMILE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO AD ACQUISIRE MANIFESTAZIONI DI INTERESSE PER L'EVENTUALE STIPULA DI UNA CONVENZIONE PER IL SERVIZIO DI TRASPORTI SECONDARI PER L'AREA ISONTINA – OSPEDALI DI GORIZIA E MONFALCONE

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 alla procedura per l'eventuale stipula di una convenzione per il servizio di trasporti secondari per l'area isontina.

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 procedure di gara, 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. l'iscrizione dal _____ al Registro delle Imprese di _____ al numero _____ per la categoria di servizi/fornitura _____;
4. se cooperativa sociale, l'iscrizione all'Albo regionale delle Cooperative Sociali al n._____dal_____;
5. l'iscrizione al registro delle organizzazioni di volontariato_____;
6. l'iscrizione ad altri albi o registri:_____
   _____
   _____
7. di aver svolto, nell'ultimo triennio, almeno dodici mesi nell'ambito di servizi analoghi indicandone il relativo fatturato medio annuo (illustrare sinteticamente l'attività svolta, anni e luoghi di svolgimento del servizio):_____
   _____
   _____
   _____
   _____
8. che il seguente istituto bancario o intermediario è in grado di attestare la solvibilità finanziaria:
   _____
   sede _____
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