

**-FAC-SIMILE ADESIONE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE-**

**OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE A PARTECIPARE ALLA PROCEDURA  
NEGOZIATA PER L'EVENTUALE AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA  
SANITARIA PRESSO IL PRONTO SOCCORSO DI 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 \_\_\_\_\_

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 negoziata di cui all'art. 50 co.1 lett. e) del D.Lgs n.36/2023.

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 dal Libro I Titolo IV Capo II (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 \_\_\_\_\_ all'Registro delle Imprese di \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_ per la categoria di servizi/fornitura \_\_\_\_\_;

4. se cooperativa sociale, l'iscrizione all'Albo regionale delle Cooperative Sociali della Regione \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

5. l'iscrizione ad altri albi o registri: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. di aver svolto, nell'ultimo triennio, almeno dodici mesi continuativi nell'ambito di servizi analoghi a quelli in oggetto (indicare descrizione sintetica dell'attività svolta, anni e luoghi di svolgimento del servizio, il relativo fatturato):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. che il seguente istituto bancario o intermediario è in grado di attestare la solvibilità finanziaria:

sede \_\_\_\_\_

8. 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*