

ALLEGATO 1 -FAC-SIMILE ADESIONE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE-

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'EVENTUALE AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI TRASPORTO CON AUTOMEZZI ATTREZZATI ED OMOLOGATI PER IL TRASPORTO MULTIPLO (TIPO PULMINO) DELLE PERSONE IN TRATTAMENTO DIALITICO PER L'AREA ISONTINA DI ASUGI PER UN PERIODO DI 6 MESI, CON POSSIBILITA' DI EVENTUALE RINNOVO PER ULTERIORI 6 MESI.

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 di cui agli artt. 14 co.1, 50 co.1 lett. b) e co. 2 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 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. l'iscrizione all'Albo regionale delle Cooperative Sociali _____ al n. _____ dal _____;
5. l'iscrizione ad altri albi o registri: _____

6. 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): _____

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	_____

Data _____

Firma del Legale Rappresentante

Allegare: Fotocopia di valido documento d'identità del sottoscrittore