

EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19

- FAC-SIMILE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE -

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'EVENTUALE AFFIDAMENTO DIRETTO DEL SERVIZIO DI PRE-TRIAGE PRESSO IL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE DI CATTINARA PER PREVENIRE LA DIFFUSIONE DELL'INFEZIONE DA COVID-19.

CIG 84511952BD

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 esplorativo 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 PRE-TRIAGE per prevenire la diffusione dell'infezione da Covid-19 da svolgere presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Cattinara, a Trieste, ai sensi di quanto previsto dall'art 1, comma 2 lett. a) della Legge 11 settembre 2010, n. 120, di conversione del decreto-legge 16 luglio 2010, n. 76, recante «Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitali» (Decreto Semplificazioni).

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 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 ad altri albi o registri:

6. di aver svolto, nell'ultimo triennio almeno sei mesi di servizi in ambito sanitario (illustrare sinteticamente e indicarne il periodo, l'Azienda e la sede di esecuzione):

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

| | |
|------------|-------|
| Nominativo | _____ |
| Telefono | _____ |
| e-mail | _____ |
| PEC | _____ |

FORMULA, INOLTRE, LA PROPRIA PROPOSTA ECONOMICA

- Prezzo offerto (importo imponibile + IVA):
(il preventivo di spesa rimarrà valido per 180 giorni)
-

Data _____

Firma del Legale Rappresentante

Allegare: Fotocopia di valido documento d'identità del sottoscrittore