

(modello A)

Spett.le  
A.S.P. COMUNI MODENESI  
AREA NORD  
Via Posta Vecchia, 30  
41037 Mirandola

**AVVISO ESPLORATIVO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALL’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA DA SVOLGERSI PRESSO I CENTRI DIURNI PER ANZIANI E DISABILI DI A.S.P. (CIG Z1923F54E9)**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Il sottoscritto         |  |
| Codice fiscale          |  |
| Data e luogo di nascita |  |
| Residenza               |  |
| Titolo di studio        |  |
| Denominazione attività  |  |
| Sede attività           |  |
| Partita IVA impresa     |  |
| Indirizzo e-mail        |  |
| Indirizzo pec           |  |

**DICHIARA**

Il proprio interesse ad essere invitato alla procedura di gara per l’affidamento del servizio in oggetto,

e di partecipare come (*barrare la casella interessata*):

- impresa singola;
- professionista singolo
- associato di uno studio/associazione di professionisti
- socio di una società tra professionisti
- consorzio ex art. 45, co. 2, lett. b) del D.Lgs. 50/2016 ss.mm.;
- consorzio ex art. 45, co. 2, lett. c) del D.Lgs. 50/2016 ss.mm.;
- consorzio ex art. 45, co. 2, lett. e) del D.Lgs. 50/2016 ss.mm.;
- raggruppamento temporaneo di imprese/studi associati/società tra professionisti
  - già costituito;
  - da costituirsi;

formato da:

| Denominazione o Ragione sociale | Sede legale | Parte della prestazione da eseguire | % attività svolta | In qualità di         |
|---------------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------------|-----------------------|
|                                 |             |                                     | %                 | IMPRESA<br>CAPOGRUPPO |
|                                 |             |                                     | %                 | IMPRESA MANDANTE      |
|                                 |             |                                     | %                 | IMPRESA MANDANTE      |

- altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

che tutte le comunicazioni di cui al presente procedimento, ai sensi dell’art. 76 del D.Lgs 50/2016 e ss.mm.ii., vengano indirizzate al seguente domicilio eletto:

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Comune e CAP                      |  |
| Provincia                         |  |
| Indirizzo (Via/Piazza, n. civico) |  |
| Telefono e fax                    |  |
| Indirizzo di posta elettronica    |  |

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Indirizzo di posta certificata (pec) |  |
|--------------------------------------|--|

**A tal fine si autorizza l'Amministrazione a utilizzare il numero di fax, la posta elettronica e/o la posta certificata sopra indicati per l'inoltro di tutte le comunicazioni relative alla presente procedura**

### DICHIARA

*(ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, e informato ex art. 13 del D. Lgs. 196/2003)*

- di non trovarsi in nessuna delle condizioni di esclusione previste nell'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 ss.mm.ii.,
- che non sussistono le condizioni di cui all'art. 53, co. 16-ter, D.Lgs. 165/2001 o che non sia incorso, ai sensi della normativa vigente, in ulteriori divieti a contrattare con la pubblica amministrazione;
- di avere conseguito la laurea in \_\_\_\_\_ ovvero di diploma o attestato riconosciuto equipollente presso la Facoltà di \_\_\_\_\_, Università \_\_\_\_\_, nell'anno \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di \_\_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_
- di essere in possesso di Partita IVA;
- di possedere polizza assicurativa, stipulata con primaria compagnia di assicurazione, contro gli infortuni e i rischi della responsabilità civile per negligenza o errori professionali e con un massimale non inferiore € 1.000.000,00;
- di essere disponibile a collaborare su orari flessibili, sulla base delle esigenze specifiche e contingenti di ciascun ospite;
- di accedere ai servizi con mezzi propri.

**per le imprese (cooperative, società, studi professionali, studio associati, società tra professionisti etc.) per cui è prevista l'iscrizione alla Camera di Commercio:**

- che la ditta è iscritta al Registro delle Imprese presso la competente Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura (ovvero, in caso di impresa con sede all'estero, è iscritta in uno dei Registri professionali o commerciali dello Stato di residenza di cui all'art. 83 comma 3 del D.Lgs. 50/2016 ss.mm.ii), dal quale risultano i seguenti dati:

|                         |  |
|-------------------------|--|
| CCIAA di                |  |
| Attività                |  |
| N. e data di iscrizione |  |
| Data di iscrizione      |  |
| Forma giuridica         |  |
| Durata/data termine     |  |

- di essere informato, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Li, \_\_\_\_\_

Il legale rappresentante  
(*timbro e firma*)

---

La sottoscrizione dovrà essere autenticata ai sensi di legge oppure, in alternativa, dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento valido di identità del sottoscrittore, a pena di esclusione.

In caso di Consorzio o Raggruppamento Temporaneo di imprese/studi professionali/associazioni tra professionisti non ancora costituito, la presente dichiarazione deve essere presentata e sottoscritta da tutti i legali rappresentanti dei concorrenti impegnati a costituirlo.