

(Modello A – Manifestazione di interessi)

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 ZB52A81D71)

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 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)

CROCETTARE E COMPILARE TUTTI I CAMPI DI INTERESSE

- 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'Albo delle Professioni Infermieristiche di _____ con n. _____ del _____;
- 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 possedere patente di cat. B in corso di validità per accedere ai servizi con mezzi propri.

SOLO 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	

- (**PER TUTTI**) di essere informato, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, come modificato e integrato dal D.Lgs. 101/2018 e dal Reg UE 2016/679, che i dati personali e sensibili raccolti saranno detenuti e 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*)

Alla sottoscrizione dovrà essere allegata copia fotostatica di un documento di identità in corso di del sottoscrittore in corso di validità, 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.