**Modulo domanda iscrizione**

*(Schema di domanda da redigersi esente da bollo)*

 Spett.le

 A.S.P. COMUNI MODENESI

 AREA NORD

 Via Posta Vecchia, 30

A mezzo pec: asp.mo.areanord@pec.it 41037 Mirandola

**AVVISO ESPLORATIVO PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI FARMACIE PER L’AFFIDAMENTO DA PARTE DI A.S.P. COMUNI MODENESI AREA NORD DELLA FORNITURA INTEGRATIVA DI FARMACI, PARAFARMACI E AUSILI.**

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto |  |
| Codice fiscale |  |
| Data e luogo di nascita |  |
| Residenza |  |
| Denominazione farmacia |  |
| Sede farmacia |  |
| Partita IVA e codice fiscale |  |
| Recapito telefonico |  |
| Indirizzo e-mail |  |
| Indirizzo pec |  |

(

**CHIEDE**

di essere inserito nell'elenco delle farmacie per l’eventuale affidamento della fornitura in oggetto, per le strutture residenziali di A.S.P. e a tal fine

**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 alcuna delle condizioni di esclusione previste nell’art. 80 del D. Lgs. 50/2016 ss.mm.ii.;
* di essere in possesso di un sistema di protezione dei dati personali adeguato al D.Lgs 196/2003, così come integrato e modificato dal D.Lgs. 101/2018, e al Reg. UE 2016/679;
* 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 |  |
| N. di iscrizione - REA |  |
| Data di iscrizione |  |
| Data di costituzione |  |
| Forma giuridica |  |
| Oggetto sociale |  |
| Durata/data termine |  |
| N. componenti in carica del Consiglio di Amministrazione |  |
| N. Sindaci effettivi del Collegio sindacale |  |
| N. Sindaci supplenti |  |
| Soci e titolari di diritti su quote e azioni/proprietari |  |
| Sedi secondarie e unità locali |  |

* di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
* di non aver subito provvedimenti giudiziali relativi ad inadempimenti contrattuali per incarichi assunti con la Pubblica Amministrazione;
* di essere in regola con il pagamento di imposte, tasse e contributi in favore dell’erario, di enti pubblici e della cassa previdenziale
* ***(barrare l’opzione corrispondente)***
	+ di non avere dipendenti

**oppure**

* + di avere dipendenti e di mantenere le seguenti posizioni previdenziali e assicurative (al fine di avanzare istanza agli organi competenti, da parte di questa Amministrazione, di rilascio DURC – Dichiarazione Unica Regolarità Contributiva):

|  |  |
| --- | --- |
| INPS sede di |  |
| Matricola INPS |  |
| INAIL sede di |  |
| Matricola INAIL |  |
| N. iscrizione |  |
| Dimensione aziendale (n. totale dipendenti) |  |
| Lavoratori per l’esecuzione dell’appalto | N. totale lavoratori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di cui lavoratori dipendenti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CCNL applicato *(indicare anche eventuali contrattazioni integrative di secondo livello, utili per la verifica della congruità dell’offerta)* |  |

* di aver preso visione e di impegnarsi a rispettare le clausole del Codice di comportamento di A.S.P. Comuni Modenesi Area Nord, pubblicato sul sito aziendale al seguente link: <http://www.aspareanord.it/codice-disciplinare>.
* di essere in possesso di patente di guida A o B e di un mezzo di trasporto idoneo agli spostamenti sul territorio di attività di A.S.P.;
* di aver preso visione e accettato le disposizioni e condizioni contenute nell'avviso pubblico per la formazione dell’elenco degli infermieri professionali;
* di aver ricevuto l’informativa essenziale privacy (l’informativa estesa è reperibile sul sito istituzionale [www.asparenord.it](http://www.asparenord.it)) e di autorizzare A.S.P. Comuni Modenesi Area Nord al trattamento dei propri dati personali, ivi compreso l’allegato curriculum vitae, anche a mezzo di strumenti informatici, nell'ambito dei procedimenti per i quali viene resa la presente dichiarazione;
* di prendere atto che l'iscrizione nell’elenco non comporta alcun diritto ad essere affidatari di incarichi da parte di A.S.P. Comuni Modenesi Area Nord.

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni eventuale variazione successiva dei dati sopra dichiarati.

Allega alla presente una copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*autografa oppure apposta digitalmente*)