Alla ASL DI PESCARA

UOC ABS

Via R. Paolini, 47

65124 PESCARA

**Manifestazione di interesse a partecipare alla procedura per l’affidamento manifestazioni di interesse per procedere all'affidamento del servizio di trasporto vaccini dalla sede di ritiro presso le sedi di vaccinazione della ASL di Pescara**

Il sottoscritto nat \_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di {barrare la voce che interessa)

O Titolare O rappresentante legale O procuratore legale

Della Ditta\ Studio prof.le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via n° codice fiscale

PARTITA IVA tel.n.

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (PEC di cui si autorizza espressamente l 'utilizzo per

qualsiasi comunicazione inerente la procedura in oggetto)

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

a partecipare alla procedura finalizzata all’affidamento in concessione degli spazi necessari per lo svolgimento del servizio per il “trasporto vaccini dalla sede di ritiro presso le sedi di vaccinazione della ASL di Pescara”

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 DPR. n.445/2000, consapevole delle sanzioni penali nell’ipotesi di false o mendaci dichiarazioni

DICHIARA

1. di essere in possesso a) Requisiti generali per contrattare con la Pubblica Amministrazione;
2. di non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione di cui all’art.80 del D. Lgs. n.50/2016 e s.m.i.;

3) di essere:

* iscritta al Registro delle Imprese tenuto dalla Camera di Commercio Industria e Artigianato di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con attività attinente il servizio da svolgere;
* in possesso di idonee risorse umane e tecniche;
* in regola con i versamenti contributivi e previdenziali previsti dalla legge nonché in regola in ambito fiscale e tributario;

1. di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento o di concordato e che tali condizioni non si sono verificate nell’ultimo quinquennio;
2. che non sussistono a carico del soggetto richiedente, del legale rappresentante e dei soci, condizioni ostative previste dalla normativa antimafia;

6) di essere informato, ai sensi del D.Lgs.l96/2003 e s.m.i. e GDPR.679/2016 che i dati raccolti saranno trattati dall’amministrazione esclusivamente per le finalità connesse alla presente procedura.

Si allega alla presente copia del documento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_emesso in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e scadente il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d

Data e luogo

il Dichiarante

La dichiarazione deve esser corredata da copia di documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore

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