Alla ASL DI PESCARA

UOC ABS

Via R. Paolini, 47

65124 PESCARA

**Manifestazione di interesse a partecipare alla procedura per l’affidamento di “Servizi di un Provider ECM esterno che si occupi di ricercare sponsorizzazioni, stipulare la relativa contrattualistica e successivamente accreditare una parte del percorso formativo, pari a n.70 ore di lezione frontale per -Corso teorico pratico di terapia antibiotica, antivirale ed antifungina- previsto dall’art. 4 del Regolamento attuativo approvato con Deliberazione n.87 del 27/01/2020 e s.m.i..”**

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 **di “Servizi di un Provider ECM esterno che si occupi di ricercare sponsorizzazioni, stipulare la relativa contrattualistica e successivamente accreditare una parte del percorso formativo, pari a n.70 ore di lezione frontale per -Corso teorico pratico di terapia antibiotica, antivirale ed antifungina- previsto dall’art. 4 del Regolamento attuativo approvato con Deliberazione n.87 del 27/01/2020 e s.m.i..”**

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 non trovarsi in alcuna delle circostanze previste dall’art. 80 D.Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii;

2) 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;
* avere esperienza specifica richiesta quale Provider ECM *(indicare almeno un servizio svolto come provider ECM*) presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* in regola con i versamenti contributivi e previdenziali previsti dalla legge nonché in regola in ambito fiscale e tributario;

3) di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento o di concordato e che tali condizioni non si sono verificate nell’ultimo quinquennio;

4) che non sussistono a carico del soggetto richiedente, del legale rappresentante e dei soci, condizioni ostative previste dalla normativa antimafia;

5) 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

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