Alla ASL DI PESCARA

UOC ABS

Via R. Paolini, 47

65124 PESCARA

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE A PARTECIPARE ALLA PROCEDURA PER L’AFFIDAMENTO DEI “SERVIZI INERENTI PROGRAMMI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO DA DIPENDENZE ATTRAVERSO UNITA’ MOBILI RIVOLTE AD ENTI DEL TERZO SETTORE CON ESPERIENZE IN SERVIZI DI UNITA’ DI STRADA PER LE DIPENDENZE”**

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 PER L’AFFIDAMENTO DEI “SERVIZI INERENTI PROGRAMMI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO DA DIPENDENZE ATTRAVERSO UNITA’ MOBILI RIVOLTE AD ENTI DEL TERZO SETTORE CON ESPERIENZE IN SERVIZI DI UNITA’ DI STRADA PER LE DIPENDENZE”**

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. 94, 95, 96, 98 D.Lgs. n. 36/2023 e s.m.i;

2) di essere Ente del terzo settore iscritti al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

3) di possedere un’esperienza minima di tre anni nel settore specifico dell’intervento, in particolare nel servizio di unità di strada per le Dipendenze con un focus sulla riduzione del danno e del rischio, svolto presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nel periodo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

4) di essere in regola con i versamenti contributivi e previdenziali previsti dalla legge nonché in regola in ambito fiscale e tributario;

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

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

7) 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data e luogo

il Dichiarante

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