Alla ASL DI PESCARA

Via R. Paolini, 47 65124 PESCARA

**AVVISO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA SELEZIONE DI OPERATORI INTERESSATI A PARTECIPARE AD UNA PROCEDURA EX ART. 36, COMMA 2, LETT. B) DEL D.LGS. 50/2016 AVENTE AD OGGETTO L’AFFIDAMENTO DI SERVIZI ASSICURATIVI**

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

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

in qualità di {barrare la voce che interessa)

O Titolare O rappresentante legale O procuratore legale

Della COMPAGNIA ASSICURATRICE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 in oggetto.

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. non trovarsi in alcuna delle condizioni ostative di cui all’art. 80 del D. Lgs. 50/2016;
  2. di essere iscritto al Registro della Camera di Commercio di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  3. di essere in possesso della autorizzazione all’esercizio dei rami assicurativi per cui si chiede la partecipazione ai sensi del D.Lgs. 209/2005;
  4. aver stipulato nell’ultimo triennio le seguenti tre polizze assicurative analoghe a quella oggetto del presente Avviso a favore di Amministrazioni pubbliche o Enti pubblici per un importo complessivo almeno equivalente a quello dell’appalto in questione:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Amministrazioni pubbliche o Enti pubblici** | **Importo** | **Anno/i** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

Data e luogo

il Dichiarante

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

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