

ALLEGATO 2

COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE IN TUTTI I CAMPI E SOTTOSCRIVERE DIGITALMENTE DA PARTE DEL CONCORRENTE:

OGGETTO: MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER CONVENZIONAMENTO CON STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE NELL'AREA TEMATICA DELLA DISABILITA' NELLA ZONA DISTRETTO PIANA DI LUCCA.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

CODICE FISCALE _____

NELLA SUA QUALITÀ DI _____

AUTORIZZATO A RAPPRESENTARE LEGALMENTE: _____

INTENDE PARTECIPARE ALLA PRESENTE PROCEDURA (art.45, comma 1, Codice Contratti pubblici) **(barrare la casella che interessa)**

☐ COME IMPRESA SINGOLA ☐ COME IMPRESA SINGOLA IN AVVALIMENTO CON L'IMPRESA/E _____

☐ COME CONSORZIO STABILE (art. 45, comma 2, lett. c, Codice Contratti pubblici)

☐ COME CONSORZIO TRA SOC.COOP/ IMPRESE ARTIGIANE (art. 45, comma 2, lett. b, Codice Contratti pubblici)

☐ COME **CAPOGRUPPO** DEL **COSTITUENDO** R.T.I.(specificare la tipologia) _____/G.E.I.E. CON

L'IMPRESA/E: _____ (C.F./P.IVA _____)
_____ (C.F./P.IVA _____) con la percentuale di partecipazione del _____ % per la categoria _____

☐ COME **MANDANTE** del **COSTITUENDO** R.T.I. (specificare la tipologia) G.E.I.E. _____ con la percentuale di partecipazione del _____ % per la categoria _____

☐ COME CONSORZIO DI CONCORRENTI (art. 45, comma 2, lett. e, Codice Contratti pubblici)

☐ COME IMPRESA COOPTATA DA: _____ con la percentuale di partecipazione del _____ %

☐ COME ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO O PROMOZIONE SOCIALE: _____

☐ ALTRO: _____

E MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE A PARTECIPARE ALLA PROCEDURA NEGOZIATA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO IN OGGETTO E, A TAL FINE, CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE A CUI PUÒ ANDARE INCONTRO NEL CASO DI AFFERMAZIONI MENDACI, AI SENSI DELL'ART. 76 DEL DPR N.445/2000:

DICHIARA

AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DEL DPR. 445/2000, CHE I FATTI, STATI E QUALITÀ RIPORTATI NEI SUCCESSIVI PARAGRAFI CORRISPONDONO A VERITÀ

DATI GENERALI

RAGIONE SOCIALE _____

FORMA GIURIDICA _____

ALLEGATO 2

P.IVA _____ COD. FISCALE _____

SEDE LEGALE _____ PROV (____) CAP _____

VIA/P.ZA _____ N. _____

SEDE OPERATIVA _____ PROV (____) CAP _____

VIA/P.ZA _____ N. _____

INDIRIZZO ATTIVITA' _____ PROV (____) CAP _____

VIA/P.ZA _____ N. _____

NUMERO TELEFONO _____ MOBILE _____

FAX _____

E-MAIL _____

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) _____

REFERENTE PER L'AMMINISTRAZIONE SIG. _____

DICHIARA ALTRESI'

1. DI POSSEDERE I REQUISITI DI ORDINE GENERALE DI CUI ALL'ART.80 DEL CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI;
2. DI NON TROVARSI IN ALCUNA DELLE SITUAZIONI CHE COMPORTANO L'INCAPACITA' A CONTRATTARE CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE;
3. DI AVER PRESO CONOSCENZA ED ACCETTARE, SENZA RISERVA ALCUNA, LE CONDIZIONI DETTATE DALL'AVVISO;
4. DI PRENDERE ATTO E ACCETTARE CHE LA PRESENTE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE NON VINCOLA IN ALCUN MODO L'AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST.
5. DI AUTORIZZARE, AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE N.679/2016, L'AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CHE, CAUTELATO DA MISURE IDONEE A GARANTIRNE LA SICUREZZA E LA RISERVATEZZA, AVVERRÀ PER SOLE FINALITÀ ISTITUZIONALI E STRUMENTALI DELL'ORGANIZZAZIONE DELL'ENTE.

DATA _____

FIRMA _____