**MODELLO DI MANIFESTAZIONE D’INTERESSE**

**PER L’INDAGINE DI MERCATO PER L’INDIVIDUAZIONE DEGLI OPERATORI ECONOMICI DA INVITARE ALLA PROCEDURA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI CITOISTOPATOLOGIA E GENETICA MEDICA**

RIF. DELIBERA 03/12/2020, n 1415/CS DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO DELL’ASP DI VIBO VALENTIA

*Da inviare via PEC*

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA

U.O. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica

Dott. Alfonso Zappone

aspvibovalentia@pec.it

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.)\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

domiciliato/a per la carica presso la sede legale ove appresso, nella sua qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

e legale rappresentante (*se procuratore allegare copia della procura speciale*) di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*operatore economico)*,

con sede in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e partita IVA n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*A titolo informativo, ai fini delle successive verifiche da parte, indica i seguenti dati*: n. \_\_\_\_\_\_

dipendenti, CCNL applicato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

iscrizione, ai fini della l. 68/1999, presso l’Ufficio Provinciale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

recapito telefonico Uff. Provinciale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo PEC Uff. Provinciale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

numero di fax Uff. Provinciale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

Che l’operatore economico sopra indicato possa essere invitato alla procedura per l’affidamento sopra specificato.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti dell’articolo 76 d.p.r. 445/2000 e s.m.i. consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione l’operatore economico decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata, con riferimento anche ai soggetti in essa operanti, compreso il sottoscritto,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445/2000:**

1. Che nei confronti dell’operatore economico non sussistono le clausole di esclusione di cui all’articolo 80 del d.lgs. 50/2016.
2. Che l’operatore economico è in possesso del requisito d’iscrizione nel Registro delle Imprese presso la Camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura per l’attività oggetto della presente procedura. A tal fine precisa che l’Impresa è iscritta dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al

Registro delle Imprese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

al numero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per attività di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni ed Enti *no profit*), iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo (R.E.A.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Che l’operatore economico è in possesso di Autorizzazione all’esercizio e accreditamento istituzionale definitivo, ai sensi della normativa vigente della Regione Calabria, per prestazioni di Assistenza specialistica ambulatoriale e di laboratorio per la branca di Citoistopatologia.

**DICHIARA, ALTRESÌ**

che l’operatore economico è a conoscenza di quanto disposto dal d.lgs. 81/2008 e s.m.i. “Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro” (Testo Unico sulla Sicurezza del Lavoro) ed è in regola con le norme ivi previste.

Luogo e data

Per l’operatore economico

Timbro e firma

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.