

Allegato A all'Avviso di Manifestazione di Interesse

Oggetto: Affidamento del servizio di visite mediche dell'ACISERVICE Modena.
CIG: 8536662456

Dichiarazioni sostitutive ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ codice
fiscale _____ residente in _____ in
via/piazza _____ n. _____, domiciliato
in, _____ alla via/piazza _____, n. _____ e-
mail _____ pec _____

nella sua qualità di:

- TITOLARE
 AMMINISTRATORE
 PROCURATORE
 ALTRO (_____) E LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'OPERATORE

ECONOMICO

CON SEDE LEGALE _____
NUMERO DI TELEFONO FISSO E/O MOBILE _____ FAX _____
_____ E-MAIL _____ PEC _____ CODICE
FISCALE/PARTITA I.V.A. _____

Manifesta il proprio interesse a partecipare alla procedura relativa all'affidamento del servizio VISITE MEDICHE informatica dell'ACISERVICE Modena secondo le modalità indicate nell'Avviso di Manifestazione di interesse approvato con determina n. 61 del 27/11/2020, pubblicata in data 30/11/2020.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti per effetto del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità dichiara:

- di non incorrere nelle cause di esclusione di cui all'art.80 del Codice;
- di non incorrere nelle cause di esclusione di cui all'art. 80, comma 5 lett. c-bis), c-ter), f-bis) ed f-ter) del Codice;
- insussistenza del procedimento interdittivo alla contrattazione con la pubblica amministrazione e alla partecipazione a gare pubbliche previsto dall'art. 14 del D. Lgs. 81/08 e smi;
- L'assenza di condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente per l'espletamento dell'incarico;
- di essere in regola con gli obblighi fiscali;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici e di possedere i requisiti necessari previsti nella lettera di autorizzazione da parte dell'Ufficio Provinciale della Motorizzazione Civile di Modena;

- di possedere un'esperienza di lavoro, almeno triennale, in servizi di prestazioni mediche per visite finalizzate al rilascio della certificazione di idoneità psico-fisica per il conseguimento e/o rinnovo delle patenti di guida di autoveicoli, motoveicoli e imbarcazioni da diporto.
- di essere iscritto all'apposito registro, se cooperativa, o al registro della C.C.I.A.A competente per territorio, se altra impresa, o altre forme di iscrizione previste dall'art. 83 del D.lgs 50/2016 per lo svolgimento delle attività oggetto della presente procedura.
- indica i seguenti dati: domicilio fiscale: ____ codice fiscale __partita IVA _____, indirizzo PEC _____;
- attesta di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento (CE) 27 aprile 2016, n. 2016/679/UE, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente gara, nonché dell'esistenza dei diritti di cui all'articolo 7 del medesimo decreto legislativo, nonché del Regolamento (CE).

Luogo e data _____

Firma del Legale Rappresentante¹

¹ Allegare copia del documento d'identità