

**OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'EVENTUALE AFFIDAMENTO DI SERVIZI INFERMIERISTICI OCCORRENTI AL CENTRO REGIONALE ANTIDOPING "A. BERTINARIA" (CAD).**

Il sottoscritto (Cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
autorizzato a rappresentare legalmente la  
Ditta/Cooperativa/Consorzio \_\_\_\_\_  
con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ P. I.V.A. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Indirizzo di Posta Elettronica Certificata \_\_\_\_\_

presa visione ed accettato integralmente quanto contenuto nell'Avviso pubblico finalizzato all'acquisizione di manifestazione di interesse per l'eventuale affidamento dei servizi infermieristici presso il CENTRO REGIONALE ANTIDOPING

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE**

a partecipare all'indagine di mercato per l'affidamento dei servizi infermieristici, con le modalità previste dalla normativa nazionale, e comunitaria vigente, ai sensi dell'art. 36, comma 2, del D.Lgs. 50/16.

A tale fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR. 445/2000 e s.m.i, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**DICHIARA:**

1. il possesso dei requisiti di ordine generale per la partecipazione a gare, di cui agli artt. 45 e 80 del D.Lgs. 50/2016;
2. di non trovarsi in nessuna delle situazioni previste dall'art. 80 del D. Lgs. 50/2016;
3. l'iscrizione dal \_\_\_\_\_ al Registro delle Imprese di \_\_\_\_\_ al

numero \_\_\_\_\_ per la categoria di servizi/fornitura \_\_\_\_\_

4. se cooperativa sociale, l'iscrizione all'Albo regionale delle Cooperative Sociali al  
n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

5. di aver svolto, negli ultimi 3 anni, servizi analoghi indicandone il relativo fatturato (illustrare  
sinteticamente):

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

6. di aver svolto, negli ultimi 3 anni, servizi analoghi presso le seguenti strutture:

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

7. di voler ricevere ogni comunicazione relativa all'oggetto ai seguenti recapiti:

Nominativo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_

*Allegare: Fotocopia di valido documento d'identità del sottoscrittore*