**Allegato A**

**Spett.**

**ASM di L’Aquila**

**Oggetto: AVVISO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE A PARTECIPARE ALLA PROCEDURA NEGOZIATA SOTTO SOGLIA PER L’AFFIDAMENTO DI TUTTE LE ATTIVITA’ DI SORVEGLIANZA SANITARIA DEI DIPENDENTI ASM, AI SENSI DEL D.LGS.81/2008.**

**CIG 7798833894**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_,

nella mia qualità di *(rappresentante legale, procuratore)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*eventualmente)* giusta procura generale/speciale n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a

rogito del notaio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

autorizzato a rappresentare legalmente l’Impresa *(Denominazione/ Ragione Sociale)* :

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

con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_,

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ partita I.V.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE**

1) ad essere invitato a presentare la propria offerta per l’affidamento del servizio in oggetto.

A tal fine dichiara di voler partecipare in qualità di:

□ **Impresa individuale**

□ **Società commerciale**

□ **Consorzio stabile**

□ **Riunione Temporanea di Imprese o Consorzio, costituiti o da costituire** (*indicare denominazione, ragione sociale e sede legale di ciascun soggetto partecipante al RTI o consorzio, la ditta individuata quale mandataria, le parti del servizio eseguite dalle singole imprese )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

e che nessuna delle imprese indicate partecipa in qualsiasi altra forma alla presente gara;

□ **Consorzio** – anche stabile – *(indicare denominazione e sede legale delle ditte consorziate per le quali si concorre e di quelle indicate quali esecutrici della fornitura)***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** e che nessuna delle imprese indicate partecipa in

qualsiasi altra forma alla presente gara;

□ **Concorrente che si avvale di impresa ausiliaria**

□ In conformità alle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di affermazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all’art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

**DICHIARA**

Di essere in possesso dei requisiti richiesti e, in particolare:

□ **Per i liberi professionisti :**

□ insussistenza delle cause di esclusione di cui all’art. 80 D. Lgs. 50/2016;

□ insussistenza del procedimento interdittivo alla contrattazione con la pubblica amministrazione ed alla partecipazione a gare pubbliche previsto dall’art. 14 del D. Lgs. 81/08 e smi;

□ assenza di condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente per l’espletamento dell’incarico;

□ essere in regola con gli obblighi fiscali;

□ possesso di capacità e requisiti per l’incarico di cui all’art. 38 del D. Lgs. 81/08 e smi;

□ di mettere a disposizione per possesso, affitto o comodato d’uso uno studio professionale perfettamente attrezzato ubicato nel Comune di L’Aquila;

□ essere iscritto, oltre che all’Ordine dei Medici, anche nello specifico elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali.

**□ Per le società:**

□ Insussistenza delle cause di esclusione di cui all’art. 80 D. Lgs. 50/2016;

□ insussistenza del procedimento interdittivo alla contrattazione con la pubblica amministrazione ed alla partecipazione a gare pubbliche previsto dall’art. 14 del D. Lgs. 81/08 e smi;

□ assenza di condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente per l’espletamento dell’incarico;

□ iscrizione al registro delle Imprese della C.C.I.A.A. con oggetto di cui alle attività della presente procedura;

□ avere alle proprie dipendenze o in rapporto di collaborazione continuativa un medico competente in possesso dei requisiti di qualificazione e abilitazione professionale specifica richiesti dalla normativa vigente,(possesso di capacità e requisiti per l’incarico di cui all’art. 38 del D. Lgs. 81 /08 e smi e iscrizione oltre che all’Ordine dei Medici, anche nello specifico elenco dei medici competenti istituito presso il Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali);

□ di mettere a disposizione per possesso, affitto o comodato d’uso uno studio professionale perfettamente attrezzato ubicato nel Comune di L’Aquila.

□ di essere informato che il trattamento dei dati inviati dai soggetti interessati si svolgerà conformemente alle disposizioni contenute secondo la normativa vigente in materia di privacy.

**COMUNICA**

I dati necessari per le eventuali successive comunicazioni relative alla procedura di cui in oggetto:

Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Referente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

*Timbro e firma*

*(con allegata copia fotostatica di documento di identità*