

Allegato 2

Spett.
Civitavecchia Servizi Pubblici Srl
Via Terme di Traiano, 42
00053 CIVITAVECCHIA (RM)

Oggetto: manifestazione d'interesse ai fini dell'individuazione degli operatori economici interessati all'espletamento di attività di consulenza ed assistenza per la predisposizione, la gestione e l'esecuzione dei contratti assicurativi.

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il _____

in qualità di _____

dell'Impresa _____

con sede legale in _____

Cap. _____ prov. _____ indirizzo _____

Tel. _____ Fax _____

PEC _____ indirizzo Email _____

Codice Fiscale _____ Partita IVA _____.

MANIFESTA

interesse e disponibilità a svolgere tale incarico, e pertanto ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci,

D I C H I A R A

- di essere iscritto al registro delle imprese presso la C.C.I.A.A. di _____
al n. _____ per l'attività di _____;
- di non trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 80 del d.lgs 50/2016;
- di essere in possesso del requisito di idoneità professionale di cui all'art. 83 del D.lgs. n. 50/2016 iscrizione alla Camera di Commercio per attività corrispondente al servizio oggetto dell'appalto
- di essere in possesso del requisito di qualificazione tecnico-professionale, di cui all'art. 83 del D.Lgs. n.50/2016;
- di essere a conoscenza che la presente istanza non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo la Stazione appaltante che sarà libera di seguire anche altre procedure e che la stessa Stazione appaltante si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di sua esclusiva competenza, il procedimento avviato, senza che i soggetti istanti possano vantare alcuna pretesa;
- di essere a conoscenza che la presente istanza non costituisce prova di possesso dei requisiti generali e speciali richiesti per l'affidamento del servizio;

A tal fine comunica:

1. Forma giuridica dell'impresa_____
2. CCNL applicato al personale dipendente_____
3. Numero totale dipendenti_____
4. Matricola INPS_____ Sede_____
5. Matricola INAIL_____

Indica di voler ricevere qualsiasi comunicazione in ordine a tale avviso al seguente indirizzo PEC
_____;

Allega copia del documento di identità in corso di validità;

Accetta senza riserve le condizioni dell'avviso per il conferimento dell'incarico;

Autorizza CSP S.r.l. all'utilizzo dei dati personali nel rispetto del vigente GDPR privacy;

E' consapevole che qualora emergesse la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ferma la responsabilità penale ai sensi delle norme vigenti, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle medesime dichiarazioni mendaci.

Domicilio eletto per le comunicazioni di cui all'art. 52 del Codice:

Fax_____Email_____

Data _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE (firma leggibile)

Allega la seguente documentazione a corredo:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Appone la sottoscrizione, consapevole delle responsabilità penali, amministrative e civili in caso di dichiarazioni false e /o incomplete.

Data.....

IL LEGALE RAPPRESENTANTE (firma leggibile)

.....

Allegare un documento d'identità, in corso di validità, del firmatario a pena di esclusione