

Allegato B

Al Comune di Fondi capofila del Distretto Socio-sanitario LT4

Indirizzo pec:
ufficiodipianolt4.comunedifondi@pecaziendale.it

DOMANDA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

**Affidamento degli interventi di cui al programma “P.I.P.P.I” edizione XII.
Ai sensi dell’art. 50, comma 1, lett. e) del d.lgs n. 36/2023.**

Il sottoscritto Nome Cognome.....,
nato/a a..... (prov) il....., residente a.....
(prov.....) CAP..... Via.....

IN RELAZIONE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO PRESENTA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

in qualità di:

- legale rappresentante
- procuratore generale/speciale, giusta procura allegata

dell’Operatore economico _____ (indicare la
ragione sociale) con sede legale in _____ (____), via
_____ n. _____, sede operativa in 2 (____), via
_____ n._____, C.F._____
P.IVA _____;

- in forma singola
- ovvero
- in forma associata

in caso di raggruppamento il concorrente fornisce i dati identificativi (rappresentante legale, ragione sociale, codice fiscale, sede) e il ruolo di ciascun componente del raggruppamento.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti, l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi degli artt. 46 e 47 della normativa suddetta:

- di manifestare il proprio interesse a partecipare all'indagine informale di mercato ai fini dell'affidamento del servizio in oggetto;
- di non trovarsi nelle situazioni di esclusione di cui all' art. 94-95 del D.Lgs. n. 36/2023;
- di non trovarsi nelle situazioni di esclusione di cui all'art. 67 del D.Lgs. 6 settembre 2011 n. 159;
- di non trovarsi nelle condizioni di cui all' art. 53, comma 16-ter, del D.Lgs. del 2001, n. 165 o sia in corso, ai sensi della normativa vigente, in ulteriori divieti a contrattare con la pubblica amministrazione;
- di essere iscritto sulla piattaforma MEPA;
- (solo se pertinente per gli enti del terzo settore) Iscrizione al RUNTS o all'apposito albo regionale;
- di essere iscritto alla C.C.I.A.A. di.....per attività pertinente anche se non coincidente a quella indicata in oggetto;
- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse presso l'Agenzia delle Entrate, Ufficio competente _____, in Via _____, tel./fax _____, Pec _____;
- di essere iscritto all'Albo regionale delle Cooperative Sociali (per le sole Cooperative e loro Consorzi);
- di essere iscritto all'Albo nazionale delle Cooperative Sociali (per le sole Cooperative e loro Consorzi);
- aver svolto nei precedenti tre anni almeno un servizio analogo al servizio oggetto dell'affidamento a favore di soggetti pubblici;

- avere realizzato nei tre esercizi finanziari antecedenti la data di pubblicazione del presente avviso, un fatturato medio annuo non inferiore al 50% dell'importo posto a base di gara, a garanzia delle proprie solidità economiche e capacità organizzativa.
- di possedere adeguate capacità economico-finanziarie per far fronte alla corretta esecuzione del servizio in affidamento;
- di essere a conoscenza di qualsiasi conflitto di interessi legato alla sua partecipazione alla procedura di appalto (art. 16 del D.lgs. n. 36/2023).

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che la presente istanza non costituisce proposta contrattuale e non vincolain alcun modo la Stazione appaltante che sarà libera di seguire anche altre procedure e che lastessa 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 del possesso dei requisiti richiesti per l'affidamento del servizio;
- che non intende affidare in subappalto l'esecuzione di alcuna attività oggetto delle prestazioni, le quali eseguirà direttamente;
- che ogni eventuale comunicazione inerente all'Avviso in oggetto e/o integrazione della documentazione presentata dovrà essere inviata all'indirizzo di posta elettronica certificata PEC:

_____.
- Il sottoscritto è consapevole che il Comune di Fondi, in quanto capofila del Distretto socio-sanitario LT4, procederà al controllo dei requisiti dichiarati ai fini dell'eventuale affidamento del servizio;

Luogo e data, _____

Firma
