*Fac-simile schema di domanda - ALLEGATO “A”*

**Spett.le**

**COMUNE DI CECCANO**

**PIAZZA MUNICIPIO, 1**

**03023 CECCANO**

**Oggetto: affidamento servizio sorveglianza sanitaria e funzioni di medico competente del personale dipendente comunale (D. Lgs. n. 81/2008). Codice CIG Z97254D5E3. Scadenza 02.11.2018 – ore 13:00.**

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA E DICHIARAZIONE DI POSSESSO DEI REQUISITI**

VISTO l'avviso pubblico per l’affidamento del servizio specificato in oggetto (determinazione amministrativa n. 1198 del 17.10.2018);

Il/La sottoscritto/a......................................................................................nato/a a............................................

(………..) il..............................,residente in.............................................................................................. (…………)

Via..............................................................................................................n.................................., in qualità di

……………….……………………………………………… del soggetto economico ……………………………………………………………..

C.F. …………………………………………….., P. IVA ……………………………………………….., tel. ………………………………………….

PEC …………………………………………………………….……………………. – Mail …………………………………..…………………….……

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**DICHIARA**

* che il titolare (per le imprese individuali), i soci (per le società in nome collettivo), i soci accomandatari (per le società in accomandita semplice) o gli amministratori muniti di poteri di rappresentanza (per altri tipi di società) sono i sigg.: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(indicare nominativo, luogo e data di nascita, carica ricoperta)*

* che i direttori tecnici sono i sigg.: …………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(indicare nominativo, luogo e data di nascita)*

* che l’impresa chiede di essere invitata alla gara come:

1. □ impresa singola;

 □ libero professionista;

Per A.T.I./Consorzio di concorrenti/G.E.I.E. esercitare le seguenti opzioni barrando la casella corrispondente

2. capogruppo-mandataria

3. mandante

4. di A.T.I./consorzio di concorrenti/G.E.I.E. già costituito;

5. di A.T.I./consorzio di concorrenti/G.E.I.E. da costituire;

6. di tipo orizzontale;

7. di tipo verticale;

8. di tipo misto;

* che i consorziati per i quali il consorzio concorre sono i seguenti:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(denominazione - ragione sociale e sede)*

*(solo per i consorzi di cui all’art. 45, comma 1, lettere b) e c) del D.Lgs. 50/2016)*

* che l’A.T.I. è già stata costituita con mandato collettivo speciale con rappresentanza conferito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con atto rep. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Notaio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; (solo per A.T.I. già costituite) oppure che il consorzio/GEIE è già stato costituito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con atto rep. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Notaio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; (solo per consorzi/GEIE già costituiti);
* di impegnarsi in caso di aggiudicazione a conferire mandato collettivo speciale con rappresentanza all’impresa capogruppo denominata: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………((d*enominazione - ragione sociale e sede)*
* che la quota percentuale di partecipazione al raggruppamento: è pari al \_\_\_\_\_\_%;

*(solo per A.T.I./consorzi di cui all’art. 45, comma 1, lettera e),*

 *del D.Lgs. 50/2016/GEIE costituiti o da costituire)*

* mediante utilizzo dell’avvalimento con i requisiti di un’altra impresa ausiliaria di cui si riportano gli estremi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pr.\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**DICHIARA**

1. che non si trova in alcuna delle cause di esclusione dalle procedure di affidamento degli appalti di lavori come espressamente individuate dall’art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 e di ogni altra situazione e condizioni che possa determinare l’esclusione dalle gare e/o l’incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione, così pure, per quanto a conoscenza, nei confronti di tutti i soggetti individuati ai sensi del medesimo articolo al comma 3;
2. che non si trova in alcuna situazione di inibizione per legge o per provvedimento disciplinare all'esercizio della professione;
3. di non essere dipendente di struttura pubblica con assegnazione ad uffici che svolgono attività di vigilanza;
4. di non essere in una situazione di conflitto d’interesse con il comune di Ceccano e di non aver demeritato in precedenti incarichi;
5. di essere in possesso dei requisiti professionali previsti nell’avviso pubblico (e a tal fine allega alla presente il proprio curriculum);
6. di essere in regola con le norme in materia di prevenzione, protezione e sicurezza del lavoro di cui al D. Lgs. n. 81/2008;
7. di essere in regola con gli obblighi in materia contributiva e di regolarità fiscale*(indicare le posizioni previdenziali, assicurative e in materia di imposte e tasse);*

 □ il/i professionista/i che svolgerà/svolgeranno l’incarico di Medico Competente è/sono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in possesso di tutti i requisiti professionali richiesti nel presente avviso ( e a tal fine allega alla presente il curriculum);

□ che l'impresa è iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura della Provincia di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con attività esercitata relativa alla tipologia oggetto di manifestazione di interesse;

8. di essere a conoscenza che la presente richiesta non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo l’Amministrazione che sarà libera di seguire anche altre procedure e che la stessa Amministrazione si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di sua esclusiva competenza, il procedimento avviato, senza che i soggetti richiedenti possano vantare alcuna pretesa;

9. di essere a conoscenza che la presente dichiarazione non costituisce prova di possesso dei requisiti generali e speciali richiesti per l’affidamento del servizio di che trattasi, che invece dovrà essere dichiarato dall’interessato ed accertato nei modi di legge in occasione della procedura negoziata di affidamento;

10. che la sede operativa dell’impresa è la seguente:……………………………………………………………. via…………………………………………………………………………………………………………………...;

11. che i controlli sanitari previsti dall’affidamento verranno eseguiti a Ceccano, in idoneo ambulatorio situato in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; 12. di aver eseguito le seguenti attività come Medico Competente (indicare numero, committente, nominativo del medico competente (solo per soggetti che non concorrono come liberi professionisti), periodo di attività come Medico Competente):……………………………………………………………………………………………………………………………

13. Ente P.A. o azienda presso cui si è svolta l’attività di Medico Competente (indicare numero, committente, dipendenti occupati presso la committente): ………………………………………………………………………………………………..

14.di aver preso visione del presente avviso e di essere a conoscenza di tutte le prescrizioni e condizioni ivi previste;

15. di accettare incondizionatamente tutte le norme del presente avviso dopo averne preso visione di ogni singolo punto;

16. di essere informato, ai sensi della vigente normativa in materia, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Appone la firma, consapevole delle responsabilità penali, amministrative e civili in caso di dichiarazioni

false e incomplete.

Luogo e data

FIRMA

*Allega alla presente domanda:*

 *- fotocopia di un documento di identità in corso di validità;*

 *- curriculum professionale*