

Allegato – Istanza manifestazione interesse

Spett.le **ARES SARDEGNA**

**SC ACQUISTI BENI E SERVIZI NON SANITARI,
SERVIZI SANITARI E SERVICE**

**Sede di Selargius – Via Piero della Francesca, 1
09047 SELARGIUS (CA)**

MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

PER L' AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ARCHIVIAZIONE, MAGAZZINAGGIO E MOVIMENTAZIONE DI CARTELLE CLINICHE E CARTELLE RADIOGRAFICHE DELLA ASL CAGLIARI PER DODICI MESI CON OPZIONE DI RINNOVO PER ULTERIORI SEI MESI

Il/la sottoscritto/a

Nato/a il.....a Prov.

In qualità di (titolare/legale rappresentante, ecc)

(eventualmente) giusta procura Generale/Speciale n. rep del.....

Della Impresa/Società.....

Con sede legale inProv.....

Via C.A.P.

Con codice fiscale n.

Con partita IVA n.

Domiciliata, ai fini della presente gara, inProv.

Via C.A.P.

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

L' AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ARCHIVIAZIONE, MAGAZZINAGGIO E MOVIMENTAZIONE DI CARTELLE CLINICHE E CARTELLE RADIOGRAFICHE DELLA ASL CAGLIARI PER DODICI MESI CON OPZIONE DI RINNOVO PER ULTERIORI SEI MESI

A tal fine, ai sensi degli articoli 46, 47 e 48 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del citato D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

1. che non sussistono ipotesi di esclusione di cui all'art. 80 del D.lgs. 36/2023;

2. (barrare la casella corrispondente)

☐ che l'impresa risulta iscritta alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura della
provincia di _____, al numero _____, per attività di _____

E DICHIARA ALTRESÌ

- di aver preso visione di tutte le condizioni contenute nell'Avviso esplorativo;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui al titolo III, capo I del D.lgs. 196/2003, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per gli eventuali procedimenti amministrativi e giudiziari conseguenti;
- di aver svolto servizi analoghi per strutture sanitarie pubbliche o private nelle annualità di seguito indicate, indicando importi ed Enti nelle quali è stato svolto il servizio:
202_ €.....
202_ €.....
202_ €.....
- che il CCNL applicato è il seguente: _____
- che le comunicazioni destinate all'impresa dovranno essere effettuate al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): _____

Data: _____

(Firma)

N.B.: La presente dichiarazione, rilasciata anche ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, deve essere prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del predetto decreto