

Allegato M: Manifestazione di interesse

Spett.le

Consorzio di bonifica 5 Toscana Costa
Via Degli Speciali, 17
57021 Venturina Terme (LI)

Oggetto:

Avviso di manifestazione di interesse per partecipare alla procedura negoziata “AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ASSICURATIVI DEL CONSORZIO DI BONIFICA 5 TOSCANA COSTA, ANNO 2018/2019 – CPV 66510000-8 Servizi assicurativi.”

Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, il sottoscritto

nato a _____, il _____ residente a

in _____ via/piazza

Codice Fiscale _____, in qualità di *(indicare il caso che ricorre)*:

Titolare *Legale Rappresentante* *Amministratore Unico* *Socio Accomandatario* della Ditta

con sede in _____ (_____) via

tel. _____ fax. _____, cell. _____

e-mail _____ p.e.c. _____

presa integrale visione dell'avviso pubblico di codesto Ente avente ad **Avviso di manifestazione di interesse per partecipare alla procedura negoziata per “AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ASSICURATIVI DEL CONSORZIO DI BONIFICA 5 TOSCANA COSTA, ANNO 2018/2019 – CPV 66510000-8 Servizi assicurativi.”**, di cui accetta tutte le condizioni e gli impegni conseguenti, consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

a partecipare alla procedura ai sensi dell'art. 36 comma 2 lett. b) del D.Lgs. 50/2016 per l'affidamento del servizio in oggetto *(barrare la voce che interessa)*:

di partecipare alla gara in oggetto, cui intende partecipare (*barrare la voce che interessa*):

COME IMPRESA SINGOLA, con assunzione del rischio al 100 %

COME ASSOCIAZIONE TEMPORANEA DI IMPRESE O CONSORZIO ex art. 2602 C.C. con le seguenti imprese concorrenti (*indicare la denominazione e la sede legale di ciascuna impresa*):

impresa capogruppo o capofila:

..... codice fiscale

imprese mandanti o consorziate:

..... codice fiscale

..... codice fiscale

..... codice fiscale.....

le quali imprese non partecipano al presente appalto in altra forma.

con copertura del rischio nella misura del 100% secondo la seguente ripartizione:

- | | | | |
|------------------------------|-------------|---|------------|
| 1. Operatore economico | quota | % | mandataria |
| 2. Operatore economico | quota | % | mandante |
| 3. Operatore economico | quota | % | mandante |
- etc.*

IN COASSICURAZIONE ex art. 1911 C.C. con le seguenti imprese concorrenti (*indicare la denominazione e la sede legale di ciascuna impresa*):

imprese coassicuratrici:

..... codice fiscale

..... codice fiscale

..... codice fiscale

..... le quali imprese non partecipano al presente appalto in altra forma.

con copertura del rischio nella misura del 100% secondo la seguente ripartizione:

- | | | | |
|------------------------------|-------------|---|-----------------|
| 4. Operatore economico | quota | % | coassicuratrice |
| 5. Operatore economico | quota | % | coassicuratrice |
| 6. Operatore economico | quota | % | coassicuratrice |
- etc.*

Il sottoscritto DICHIARA inoltre, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. 445/00, di essere in possesso dei seguenti requisiti ai sensi dell'art. 83 del D.Lgs. 50/2016:

- l'insussistenza delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.lgs. 50/2016;
- che l'impresa è iscritta presso CCIAA di _____ ovvero nell'Albo _____ di _____, con attività pertinenti quella oggetto del presente contratto;
- di essere in possesso dei requisiti di idoneità professionale, capacità economica e finanziaria e tecniche e professionali come evidenziato dall'art. 5 dell'avviso di manifestazione di interessi.

(In caso di Raggruppamento Temporaneo di imprese o di consorzi o di coassicurazione, le dichiarazioni contenute nel presente modello devono essere rese da ciascuna delle imprese costituenti o che costituiranno il raggruppamento o dai consorziati indicati quali esecutori della fornitura, o dalle imprese coassicuratrici).

(Luogo e data)

(timbro della Ditta e firma del Legale Rappresentante)

Alla manifestazione di interesse deve essere allegata, copia fotostatica di un documento di identità del/dei sottoscrittore/i.

DATI GENERALI DELL'IMPRESA

RAGIONE SOCIALE	
FORMA GIURIDICA	
SEDE LEGALE	
SEDE OPERATIVA	
INDIRIZZO ATTIVITA'	
NUMERO TELEFONO	
FAX	
E-MAIL	
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)	
REFERENTE PER L'AMMINISTRAZIONE	
RECAPITO CORRISPONDENZA:	<i>barrare se</i> <input type="checkbox"/> SEDE LEGALE <i>oppure</i> <input type="checkbox"/> SEDE OPERATIVA
CODICE FISCALE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
P.I.V.A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ISCRIZIONE C.C.I.A.A .R.E.A. DI _____ DATA _____ N° _____	

CODICE ATTIVITA' _____ - DESCRIZIONE ATTIVITA' _____ _____				
SEDE	COMPETENTE	DELL'AGENZIA	DELLE	ENTRATE:
INAIL	codice ditta		P.A.T. 1.	
			P.A.T. 2.	
			P.A.T. 3.	
INPS	Sede competente		Matr. Azienda	
DIMENSIONE AZIENDALE:		DIPENDENTI N° _____		
C.C.N.L. APPLICATO:		<input type="checkbox"/> Altri settori (specificare): _____		