

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ACQUISTO , NELL'AMBITO DEL PROGETTO RESTART, DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DA EROGATORI ACCREDITATI IN AMBITO ASL3 – REGIONE LIGURIA .
Periodo Dicembre 2021.

IL/LA SOTTOSCRITT_ _____
 NAT_ A _____ IL _____,
 NELLA SUA QUALITA' DI _____,
 (eventualmente) giusta procura generale/speciale n° _____ del _____*
 AUTORIZZATO A RAPPRESENTARE LEGALMENTE LA SOCIETA' _____
 _____ FORMA GIURIDICA _____
 CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA N. _____
 CON SEDE LEGALE/RESIDENZA IN _____ VIA/PIAZZA
 _____ TELEF. N. _____, FAX N. _____,
 e-mail: _____

* (se procuratore allegare copia della relativa procura notarile - generale o speciale - o altro documento da cui evincere i poteri di rappresentanza)

Con la presente intende partecipare alla Manifestazione di Interesse di cui al presente avviso e a tal fine, dichiara,

**AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445,
 CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE CUI PUO' ANDARE INCONTRO
 IN CASO DI AFFERMAZIONI MENDACI AI SENSI DELL'ART. 76 DEL MEDESIMO
 DPR 445/2000:**

- 1) che la Struttura/le Strutture rispetta le indicazioni di carattere igienico sanitario volte alla prevenzione del contagio ai sensi della normativa vigente in materia di contenimento della diffusione da contagio da Covid 19, giusta Deliberazione A.li.Sa 165 del 7/5/2020, ad oggetto "Azioni per il coordinamento della medicina territoriale – emergenza Covid 19".
- 2) che la Struttura assicurerà il rispetto delle tempistiche di esecuzione della singola prestazione secondo le indicazioni contenute nella nota di A.Li.Sa. prot. n. 28157 del 1/10/2021, ad oggetto "Prestazioni di specialistica ambulatoriale – Tempario", allegata all'Avviso di manifestazione di interesse.
- 3) che la Struttura/le Strutture presso cui da disponibilità a svolgere le attività oggetto della presente manifestazione di interesse è / sono:

Denominazione	Sede	Riferimenti accreditamento *	Tipologia (vedi modulo Agenda)	Codice DM prestazioni	Codice CUR PRESTAZIONI

* indicare gli estremi dell'accreditamento in essere alla data di presentazione della manifestazione di interesse, indicando altresì gli estremi della comunicazione di avvio del procedimento di rinnovo dell'Accreditamento da parte di ALISA in caso di accreditamento scaduto per cui è stata effettuata istanza di rinnovo a condizioni invariate.

4) che la società che gestisce la Struttura / le Strutture è iscritta al Registro delle Imprese presso la Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura di
al n. REA in data
capitale sociale di €

(per le Società Cooperative e per i Consorzi di Cooperative) che la Cooperativa/Consorzio è iscritta/o all'Albo Nazionale delle Società Cooperative presso la CCIAA di
alla sezione

5) che il titolare di ditta individuale / soci delle s.n.c. / soci accomandatari delle S.a.s. / amministratori muniti di poteri di rappresentanza / socio unico persona fisica ovvero il socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, nonché il Direttore Tecnico, che **rivestono o che hanno rivestito e cessato** tali cariche nell'anno antecedente alla data di pubblicazione del bando non incorrono in una delle situazioni di incompatibilità a contrarre con la P.A. come descritte dall'art. 80 D.Lgs. 50/2016 (Codice dei Contratti Pubblici).

ovvero

che uno dei soggetti di cui sopra (indicare NOMINATIVO e CARICA) _____ è
incorso in condanne, con sentenze passate in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 C.P.P., e precisamente (1):

e che l'impresa ha dimostrato una completa ed effettiva dissociazione dalla condotta penalmente sanzionata, come risulta dalla documentazione allegata;

(1) ***Vanno indicate tutte le condanne penali, ivi comprese quelle per le quali il soggetto abbia beneficiato della non menzione. Non è necessario indicare le condanne quando il reato è stato depenalizzato ovvero per le quali è intervenuta la riabilitazione ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna medesima***

Data _____

Timbro della ditta
Firma

FAC SIMILE MODULO DA COMPILARE

Denominazione	Sede	Riferimenti accreditamento *	Tipologia (vedi modulo Agenda)	Codice DM prestazioni	Codice CUR PRESTAZIONI

N.B.: Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata la fotocopia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.