

ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

(su carta intestata della richiedente)

Spett.le
MINISTERO DELLA SALUTE
 Ex Direzione Generale della prevenzione sanitaria

pec: dgprev@postacert.sanita.it

OGGETTO: Indagine di mercato volta a verificare l'interesse da parte degli Operatori Economici all'acquisto a titolo oneroso di materiali inutilizzabili presenti presso i diversi magazzini distribuiti sul territorio nazionale a gestione SDA

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____ titolare/legale rappresentante dell'Impresa _____ C.F. _____ P.I. _____ con sede legale nel Comune di _____ Provincia _____ via _____ n° _____ CAP _____ e sede amministrativa nel Comune di _____ Provincia _____ via _____ n° _____ CAP _____ Telefono _____ Fax _____ PEC _____ @ _____

Nel rispetto di quanto disposto dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., e consapevole della responsabilità in caso di affermazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., avendo presa visione dell'avviso pubblicato sito <https://www.salute.gov.it/portale/home.html>

COMUNICA

di essere interessato alla procedura specificata in oggetto e di voler partecipare in qualità di:

- Impresa individuale**
- Società commerciale**
- Società Cooperativa** iscritta all'Albo delle cooperative
- Consorzio stabile**
- Riunione Temporanea di Imprese o Consorzio, costituiti o da costituire** (indicare denominazione, ragione sociale e sede legale di ciascun soggetto partecipante al RTI o consorzio, la ditta individuata quale mandataria, le parti del servizio eseguite dalle singole imprese) _____ e che nessuna delle imprese indicate partecipa in qualsiasi altra forma alla presente gara;

- Consorzio** – anche stabile – (*indicare denominazione e sede legale delle ditte consorziate per le quali si concorre e di quelle indicate quali esecutrici del servizio*) _____ e che nessuna delle imprese indicate partecipa in qualsiasi altra forma alla presente gara;
- Consorzio di Cooperative** iscritte all'Albo delle cooperative;
- Riunione Temporanea di cooperative** iscritte all'Albo delle cooperative;
- Concorrente che si avvale di impresa ausiliaria**
- Operatore economico stabilito in altro Stato membro**

DICHIARA

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di esclusione dalla partecipazione alle procedure di affidamento previste dagli artt. 94 e ss. del D.Lgs. 36/2023;
- di essere iscritto nel registro delle imprese della camera di commercio, industria e artigianato e agricoltura;
- di essere iscritto all'INPS di (.....) matricola n. e all'INAIL di (..) con codice ditta n.;
- di avere alle proprie dipendenze n. dipendenti ai quali si applica il/i seguente/i contratto/i di lavoro

CHIEDE

di partecipare alla procedura in oggetto in quanto titolare dei requisiti necessari stabiliti dall'Amministrazione.

_____, ____/____/____
luogo, data

IL TITOLARE O LEGALE RAPPRESENTANTE¹

timbro, firma

¹ Allegare copia di un documento d'identità/riconoscimento in corso di validità.