Allegato A

AVVISO ESPLORATIVO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'AFFIDAMENTO DEL CENTRO SERVIZI PER IL CONTRASTO ALLA POVERTA' A FAVORE DELLE PERSONE IN CONDIZIONI DI POVERTÀ ESTREMA O MARGINALITÀ -PRONTO INTERVENTO SOCIALE- NEL TERRITORIO DEL PLUS DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI ALGHERO.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il sottoscritto

_____

nato a_____il

_____

domiciliato a_____via

_____

nella sua qualità di

_____

P.IVA_____C.F.

_____

□ libero professionista singolo;

□ ***ovvero***

□ libero professionista associato, dello studio

_

con sede in_____via

_____P.IVA

_____C.F.

_____

con il ruolo di coordinatore dei professionisti assegnati all'incarico che si elencano:

_____

_____

_____

(indicare nome, cognome, ordine professionale di appartenenza, n° d'iscrizione e ruolo nell'espletamento dell'incarico)

□ ***ovvero***

□ legale rappresentante della società di professionisti:

_____

con sede in_____via
_____P.IVA

_____C.F.
_____

□ ***ovvero***
□ legale rappresentante del
Consorzio_____
_____
_____con sede in
_____via
_____P.IVA
_____C.F.
_____

□ ***ovvero***
□ capogruppo (mandatario) /mandante del costituito / costituendo raggruppamento temporaneo di soggetti art.39 del D. Lgs. n. 36/2023, fra i soggetti che si elencano:

_____

_____

_____

(indicare nome, cognome, ordine professionale di appartenenza, n° d'iscrizione e ruolo nell'espletamento dell'incarico)

□ ***ovvero***
□ Altro:

_____

_____

P.IVA_____C.F.
_____

****

********** Telefono:
_____
Cell._____

E_mail: (***obbligatorio***)
_____
_ PEC : (***obbligatorio***)
_____
_____

□ **C H I E D E**

di partecipare all'avviso esplorativo di manifestazione di interesse suindicata e avvalendosi della facoltà concessagli dal D.P.R. n. 445/2000, per la documentazione relativa alla selezione in oggetto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni ivi indicate, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000.

D I C H I A R A

1. di essere iscritto all'albo_____della Provincia di _____
   al n._____a partire dal_____; *(se richiesto dall'avviso pubblico)*

2. di essere in regola con i versamenti contributivi obbligatori INPS e INAIL, accertabili ai sensi di legge (DURC o documento di regolarità della Cassa di appartenenza), nonché di essere in una posizione di regolarità contributiva presso l'Ordine Professionale di appartenenza (*se previsto*):

_____

_____
(ordine professionale, numero iscrizione, n. matricola INPS, sede, numero di lav. dipendenti);

3. che non sussiste alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 94 – 95 - 98 del D. Lgs. n. 36/2023;

4. di essere in grado di eseguire con tempestività le prestazioni professionali richieste e indicate nell'avviso;

5. di acconsentire al trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza;

6. di aver assolto con puntualità e diligenza agli incarichi affidati;

7. di non essere in contenzioso con l'Ente;

8. di non partecipare in più di una società o raggruppamento.

□ **ALLEGA**
- Copia documento di identità in corso di validità;
- Curriculum professionale.

Luogo e data_____ Firma