

Allegato A

AVVISO ESPLORATIVO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO PER L' ATTUAZIONE DI INTERVENTI A FAVORE DI ANZIANI AUTOSUFFICIENTI DEL PLUS, DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI ALGHERO - FONDO NAZIONALE DELLE POLITICHE SOCIALI.

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)**

☐ **CHIEDE**

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