

ALLEGATO B

FAC SIMILE

ISTANZA

AL COMUNE DI PATERNO' (CT)
II° Settore servizi alla Persona
Parco del Sole n. 22
95047 PATERNO' (CT)

Oggetto: Istanza per la selezione di soggetti a cui affidare il servizio di supporto specialistico alle attività di monitoraggio e rendicontazione del Piano di Intervento del Distretto Socio-Sanitario d. 18 finanziato a valere sul PAC Programma Nazionale Servizi di Cura agli Anziani non Autosufficienti – Secondo Riparto.

Il/La sottoscritto/a.....nato/a il.....
aresidente ain via/piazza.....
.....nella qualità di(titolare /legale rappresentante) della
dittacon sede in
partita iva.....

CHIEDE

di partecipare alla selezione di soggetti a cui affidare il servizio di supporto specialistico alle attività di monitoraggio e rendicontazione del Piano di Intervento del Distretto Socio-Sanitario D.18 – Comune capofila Paterno', finanziato a valere sul PAC Programma Nazionale Servizi di Cura agli Anziani non Autosufficienti secondo Riparto.

A tal fine, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000.

Dichiara

- Di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione dalle procedure di gara previste dalla vigente legislazione, in particolare dall'art. 80 del D.Lgs . 50/2016;
- Di aver realizzato nell'ultimo triennio un fatturato specifico, per servizi rientranti nella consulenza gestionale a pubbliche amministrazioni , per un importo di almeno € 5.472,38 al lordo di iva se dovuta come per legge di seguito specificato;
- Di accettare senza condizioni o riserve le disposizioni contenute nell'avviso e nello schema di contratto.

dal	/	al	Committente	Contenuto del servizio prestato	Importo fatturato nell'ultimo triennio

--	--	--	--

Autorizza

Il trattamento dei dati inviati conformemente alle disposizioni contenute nel D.lgs. 196/2003 per finalità unicamente connesse alla procedura di affidamento del servizio.

Chiede che ogni comunicazione inerente il presente avviso venga effettuata al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni e riconoscendo che il Distretto Socio-Sanitario D.18 non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario (*indicare anche numero telefonico*) : _____

Allega :

- n _____ curriculum esperti;
- copia documento di identità in corso di validità;

Data

Firma
