



# COMUNE DI CASTEL MELLA

*(Provincia di Brescia)*



## **Allegato A**

### **MODULO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE**

*PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO  
DI ASSISTENZA DOMICILIARE  
RIVOLTO AD ANZIANI ED A PERSONE A  
RISCHIO DI EMARGINAZIONE*

**ANNI 2017– 2018**



Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_ munito dei necessari poteri per l'inoltro della presente offerta nella sua qualità di \_\_\_\_\_ dell'operatore economico:

Ragione Sociale	
Codice Fiscale	
Partita I.V.A.	
Indirizzo	

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, chiede di essere invitato a partecipare alla futura procedura negoziata di cui all'oggetto, ed a tal fine

## DICHIARA

che l'impresa rappresentata è iscritta alla Camera di commercio, industria, agricoltura e artigianato di \_\_\_\_\_;

che la cooperativa/consorzio è iscritta al seguente Albo nazionale \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;

che l'operatore economico suindicato non si trova in alcuna delle situazioni di esclusione dalla partecipazione alla gara di cui all'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016;

che nessuno dei soggetti indicati al terzo comma del citato art. 80 si trovano nelle medesime situazioni di esclusione (nel caso non si voglia presentare dichiarazione di atto notorio riferito a terzi presentare singola dichiarazione analoga sottoscritta da ciascun soggetto);

che l'impresa ha effettuato negli ultimi tre anni solari conclusi (2013 - 2014 - 2015) servizi identici a quelli in affidamento in forza di minimo due contratti con diversi soggetti pubblico/privati, per un importo minimo annuo non inferiore ad Euro 37.000,00 al netto dell'IVA;

che l'impresa dispone di adeguata copertura assicurativa contro i rischi professionali (massimale minimo 1.500.000,00).

### FIRMA

(allegare documento d'identità del sottoscrittore se il documento non è sottoscritto digitalmente)