

“All. - Modello manifestazione d'interesse”

SU CARTA INTESTATA

Al Comune di Mottola

Settore Amministrativo – Area 2[^]

protocollo@pec.comune.mottola.ta.it

Manifestazione di interesse a partecipare alla procedura in economia per l'affidamento del servizio di gestione dei risarcimenti danni da responsabilità civile verso terzi.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____, il ____ / ____ / _____, in qualità
di legale rappresentante di _____ (denominazione del concorrente: impresa
individuale, società, ente, etc.), con sede legale in _____ Via _____
n. _____, codice fiscale/Partita IVA n. _____
Tel. _____, E-mail _____ PEC _____

domiciliato/a per la carica presso la sede legale sopra indicata, ai sensi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA CHE¹

<input type="checkbox"/>	è ammesso a partecipare alle procedure di affidamento dei contratti pubblici, ai sensi dell'art. 34 del d.lgs. n. 163/2006 s.m.i.;
<input type="checkbox"/>	non si trova in alcuna delle situazioni di esclusione dalla partecipazione alla gara di cui all'art. 38 del D.Lgs. 163/2006.;
<input type="checkbox"/>	che la impresa/società/consorzio/ente non si trova in stato di fallimento, liquidazione o situazioni equivalenti e che non sono pendenti domande di concordato né di amministrazione controllata;
<input type="checkbox"/>	che la impresa/società/consorzio/ente è in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte, dirette e indirette, e delle tasse, secondo la legislazione italiana o quella del Paese di stabilimento;
<input type="checkbox"/>	che la impresa/società/consorzio/ente è ottemperante alle disposizioni recate dalla L. 12.03.1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" <i>oppure</i> , che la impresa/società/consorzio/ente non è soggetta agli obblighi di cui alla L. 12.03.1999, n. 68; <i>INDICARE LA MOTIVAZIONE DI NON ASSOGGETTAMENTO.</i>

¹ BARRARE CON UNA X LE SINGOLE CASELLE DI INTERESSE ED INSERIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE CANCELLANDO LE PARTI NON PERTINENTI.

<input type="checkbox"/>	<p>nei propri confronti e nei confronti (eliminare le opzioni che non si riferiscono alla propria situazione aziendale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - del titolare e del direttore tecnico, ove presente (se si tratta di impresa individuale) - del socio e del direttore tecnico, ove presente (se si tratta di società in nome collettivo) - dei soci accomandatari e del direttore tecnico, ove presente (se si tratta di società in accomandita semplice) - degli amministratori muniti di potere di rappresentanza e del direttore tecnico, ove presente (se si tratta di altro tipo di società o consorzio) <p>e segnatamente i Signori (indicare nome e cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale e qualifica rivestita dei soggetti ai quali si riferisce la dichiarazione sottostante)</p> <p>_____;</p> <p>_____;</p>
<input type="checkbox"/>	<p>non è pendente alcun procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 6 del D.Lgs. n. 159/2011 e non sussiste alcuna delle cause ostative di cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011;</p>
<input type="checkbox"/>	<p>è iscritto dal _____ al Registro della Imprese presso la CCIAA di _____, al numero _____ per attività di _____;</p>
<input type="checkbox"/>	<p>per i soggetti non obbligati all'iscrizione al Registro delle imprese indicare il motivo dell'esonero, la data ed il numero di iscrizione al Repertorio delle Notizie Economiche e Amministrative - R.E.A. e/o ad altri albi, registri pubblici:</p> <p>_____</p> <p>_____;</p>
<input type="checkbox"/>	<p>(qualora l'impresa operi senza fine di lucro) che il servizio di cui alla presente procedura è compatibile con il proprio statuto;</p> <p><i>ALLEGARE COPIA DELLO STATUTO CONFORME ALL'ORIGINALE – ANCHE A MEZZO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA EX ART. 46 D.P.R. N. 445/2000 – EVIDENZIANDO LA PARTE RILEVANTE AI FINI DELL'ACCERTAMENTO DELLA SUDETTA COMPATIBILITÀ (ESCLUSIVAMENTE PER GLI ENTI SENZA FINE DI LUCRO)</i></p>
<input type="checkbox"/>	<p>ha realizzato, nel triennio 2012-2014 un fatturato globale di Euro _____ (_____/00) al netto dell'IVA, secondo il seguente dettaglio:</p> <p>2012: _____</p> <p>2013: _____</p> <p>2014: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Ha realizzato nel triennio 2012-2014 un fatturato specifico relativo a servizi di gestione dei risarcimenti danni da responsabilità civile verso terzi di Euro _____ (_____/00) al netto dell'IVA, secondo il seguente dettaglio:</p> <p>2012: _____</p> <p>2013: _____</p> <p>2014: _____</p> <p><i>INSERIRE PER OGNI ANNUALITÀ GLI IMPORTI FATTURATI PER CIASCUN COMMITTENTE.</i></p>

<input type="checkbox"/>	<p>Che la impresa/società/consorzio/ente è titolare del conto corrente dedicato, ai sensi dell'art. 3 (Tracciabilità dei flussi finanziari) della L. 13 agosto 2010, n. 136, identificato dal codice IBAN _____, su cui è/sono autorizzato/i a operare:</p> <p>(nome e cognome) _____, CF _____</p> <p>(nome e cognome) _____, CF _____</p> <p>(nome e cognome) _____, CF _____</p>
	<p>È in regola con l'assolvimento degli obblighi di versamento dei contributi assicurativi INPS ed INAIL stabiliti dalle vigenti disposizioni e comunica i seguenti dati:</p> <p>I – IMPRESA</p> <p>1 Codice Fiscale _____ E-mail _____</p> <p>2 Denominazione / ragione sociale _____</p> <p>3 Sede legale cap. _____ Comune _____</p> <p>Via /Piazza _____ n. _____</p> <p>4 Sede operativa cap. _____ Comune _____ n. _____</p> <p>5 Recapito corrispondenza _ sede legale _ sede operativa</p> <p>6 Tipo impresa _____</p> <p>7 Tipo ditta (barrare con una X la casella interessata):</p> <p><input type="checkbox"/> Datore di lavoro; <input type="checkbox"/> Gestione separata – committente/associante;</p> <p><input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo; <input type="checkbox"/> Gestione separata – Titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione</p> <p>8 C.C.N.L. applicato: specificare _____</p> <p>II – ENTI PREVIDENZIALI</p> <p>INAIL – codice ditta _____ Posizioni assicurative territoriali _____</p> <p>INPS – matricola azienda _____ Sede competente _____</p>

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 196/2003, che i dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data, _____

Timbro e firma del dichiarante

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DEL DICHIARANTE IN CORSO DI VALIDITÀ