**ALLEGATO A - FAC-SIMILE ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

Spett.le

ASST di Vimercate

Via Santi Cosma e Damiano n. 10

20871 – Vimercate (MB)

**OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’AFFIDAMENTO DELL’ATTIVITA’ DI ASSISTENZA MEDICA DI ANESTESIA PRESSO IL P.O. DI CARATE.**

Istanza di partecipazione e connessa dichiarazione

Il sottoscritto .................................................................................................................................

nato il ....................................a .....................................................................................................

residente in ............................................................ via ..................................................................

codice fiscale n ..............................................................................................................................

in qualità di .....................................................................................................................................

dell’operatore economico...............................................................................................................

con sede legale in ......................................................... via ...........................................................

sede operativa in .........................................................via ................................................................

codice fiscale n... ................................................... partita IVA n.........................................

**CHIEDE**

di essere invitato alla manifestazione di interesse in oggetto.

**DICHIARA**

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

1. di essere in possesso dei requisiti di ordine generale di cui all’articolo 80 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.i.,

2. di essere in possesso dei **Requisiti di idoneità professionale di cui al punto 2 dell’avviso esplorativo dell’indagine di mercato, qualora soggetto non Ente pubblico**;

3. di essere Registrato alla piattaforma Sintel e qualificato per la ASST di Vimercate.

|  |
| --- |
|  |

Per ogni comunicazione in merito alla presente procedura si comunicano i seguenti recapiti:

indirizzo PEC (posta elettronica certificata) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domicilio per le comunicazioni postali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nominativo persona di riferimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma digitale