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

Istanza di partecipazione e connessa dichiarazione

Spett.le

ASST di Vimercate

Via Santi Cosma e Damiano n. 10

20871 – Vimercate (MB)

**OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ESECUZIONE DI ESAMI SCINTIGRAFICI**

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 registrato alla piattaforma Sintel e qualificato per la ASST di Vimercate alla categoria codice CPV: 85150000-5 “Servizi di imaging medicale” (corrispondenza codice ATECO: Q 86.1, Q 86.2, Q 86.9).

|  |
| --- |
|  |

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

indirizzo PEC (posta elettronica certificata) ………………………………………………………………………………

domicilio per le comunicazioni postali: …………………………………………………………………………………..

nominativo persona di riferimento: …………………………………………………………………………………….....

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