MANIFESTAZIONE DI INTERESSE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA REQUISITI DI PARTECIPAZIONE ED ASSENZA DI CAUSE DI ESCLUSIONE DI CUI ALL’ART. 80 DEL D.LGS. 50/2016, RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445/2000

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_), Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_, in qualità di legale rappresentante della ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

* consapevole delle sanzioni previste dall’art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall’art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità;

# DICHIARA

* di essere interessato all’ “*Avviso di consultazione preliminare di mercato si sensi dell’art. 66 del d.lgs. 50/2016*” per l’affidamento SERVIZIO ANNUALE DI CONSULENZA TECNICA PER L’EROGAZIONE DI CORSI DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DI ADDETTI ANTINCENDIO, pubblicato dall’Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena sul sito della stessa Azienda e sul SATER, e pertanto chiede di essere interpellato per la relativa futura ed eventuale raccolta di preventivi. A tal fine indica di seguito i propri recapiti: telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che la ditta/professionista non si trova in nessuna delle condizioni preclusive previste all’art.80 del d.lgs.50/2016 e s.m.i.;
* che ha preso visione e accetta integralmente quanto indicato nell’ avviso in oggetto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo e data) (firma digitale o autografa con copia  
 allegata di valido documento di identità)