

MODELLO 1

N.B. Il presente modello dovrà essere compilato previa lettura della documentazione di gara, e dovrà essere sottoscritto, a pena di esclusione, dal legale rappresentante della ditta partecipante.

Il presente modello potrà essere anche sottoscritto da un procuratore del/i legale/i rappresentante/i e, in tal caso, verrà trasmessa la relativa procura.

Spett.le
Azienda Sanitaria Provinciale
Viale della vittoria, 321
92100 Agrigento

**GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA PER L'APPALTO DI SERVIZI DI PULIZIA E
IGIENE AMBIENTALE DEI LOCALI AMMINISTRATIVI, SANITARI E OSPEDALIERI
DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO**
(codice gara 5896061 CIG 6085513431 Lotto unico).

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ in qualità
di _____ (titolare, legale rappresentante, procuratore, institore, o altro)
della Ditta _____ con sede
legale _____, recapito telefonico
_____ fax _____ .PEC _____
Codice attività: _____

chiede di partecipare alla gara in oggetto quale concorrente come

- ☐ singola ditta
☐ capogruppo/mandataria in ATI o in Consorzio
☐ mandante in ATI o in Consorzio
☐ altro (indicare).....

A tal fine

DICHIARA

a) Che la ditta è iscritta nel **REGISTRO DELLE IMPRESE** istituito presso la **CAMERA DI COMMERCIO
INDUSTRIA ARTIGIANATO E AGRICOLTURA** di _____ come segue:

numero di iscrizione _____ data di iscrizione _____
denominazione _____ codice fiscale _____
_____ forma giuridica attuale:
_____ con sede in _____ prov. _____ Via/C.so/Piazza _____



_____ n. _____ CAP. _____

costituita con atto in data _____

totale quote in euroⁱ: _____

capitale sociale in euroⁱⁱ: _____

deliberato: _____ sottoscritto _____ versato _____

fondo consortile in euro^{iiiiv}: _____

durata della Società: _____

oggetto dell'attività: _____

Per tale scopo

trasmette, unitamente al presente modello:

elenco della documentazione richiesta dal disciplinare di gara, paragrafo 15, 16 e 17 contenuto della busta A), B) e C) di seguito elencata:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19. Altro

☐ **indicazione** delle Amministrazioni certificanti competenti per territorio con relativo indirizzo e telefono (Agenzia Entrate, Camera di Commercio, Tribunale sezione fallimentare, Tribunale sezione cancelleria, Ufficio provinciale del lavoro per verifica ex L. 68/99, INPS e INAIL).

☐ **FOTOCOPIA/e** documento/i d'identità, in corso di validità, di ciascun sottoscrittore.

☐ **PROCURA** (nel caso in cui l'istanza sia sottoscritta da un procuratore).

Consapevole della responsabilità penale cui si può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.), la presente dichiarazione è sottoscritta in data _____

N.B. Nel caso in cui al presente modulo di domanda siano allegati ulteriori fogli, essi dovranno essere ugualmente datati e firmati.

(Timbro e firma leggibile)

Allegare copia fotostatica di documento d'identità
in corso di validità, del sottoscrittore.

