

Spett.le ARST S.p.A.
Via Posada, 8/10
09122 Cagliari

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

(compilare questo modulo o riportare su carta intestata)

Sottoscrivere con firma non autenticata purché accompagnata da copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore – ai sensi di quanto previsto dall'articolo 38 del D.P.R. n° 445/2000.

Indagine di mercato con procedura negoziata ex art. 36, comma 2, lettera b) del D.Lgs. n° 50/2016 e s.m.i. per l'affidamento dell'incarico di Responsabile della Protezione dei Dati, ai sensi dell'art. 37 del Regolamento Europeo n° 679/2016.

Gara n° 29/2018

CIG Z8123B668C

Il sottoscritto			
nato	a		il
residente a			
Codice Fiscale			
nella sua qualità di			
della Ditta (Ragione Sociale)			
Sede Legale (via, n° civico, c.a.p. e città)			
Sede operativa (via, n° civico, c.a.p. e città)			
Recapiti telefonici	Tel		Fax
Posta elettronica	mail		pec
Partita IVA			
Forma giuridica			

CHIEDE di partecipare alla procedura negoziata indicata in oggetto come:

libero professionista;

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n° 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 dello stesso decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, **il sottoscritto, inoltre, dichiara:**

- 1) l'insussistenza dei motivi di esclusione di cui all'art. 80 commi 1, 2, 4 e 5 del D.Lgs. n° 50/2016 e s.m.i.;
- 2) Insussistenza delle cause di esclusione di cui all'art. 53, comma 16-ter, del D.Lgs. n° 165/2001 o di ogni altra situazione, ai sensi della normativa vigente, che determini l'esclusione dalla procedura e/o l'incapacità a contrattare con la pubblica amministrazione.



- 3) di essere in possesso del Diploma di Laurea quinquennale (conseguito secondo l'ordinamento previgente al D.M. N. 509/1999 e D.M. 270/2004 equipollente al Diploma di Laurea sopra indicato ai sensi del D.I. del 9/07/2009) in: _____
 conseguita presso l'Università degli studi di _____ in data _____
 (conseguita da almeno 5 anni antecedenti la data di pubblicazione dell'Avviso)
- 4) di essere iscritto all'albo del competente ordine professionale _____
 con il n° _____ dall'anno _____ ed essere in possesso di Polizza di Responsabilità Civile Professionale n° _____ rilasciata da _____¹;
- 5) che l'Operatore Economico² è iscritto nel Registro delle Imprese della C.C.I.A.A. di _____
 forma giuridica _____
 per la seguente attività: _____
 numero di iscrizione: _____ data di iscrizione: _____
 durata della società: fino al _____;
- 6) la perfetta e comprovata conoscenza delle lingua italiana parlata e scritta;
- 7) che l'Ufficio/Sede **dell'Agenzia delle Entrate** presso il quale è iscritto è:

Ufficio	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	NOTE	

- 8) di possedere le seguenti posizioni previdenziali e assicurative:

INPS

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	matricola	

INAIL

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	matricola	

INARCASSA

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	matricola	

¹ N.B. indicare SOLAMENTE se ricorre il caso;

² N.B. indicare SOLAMENTE se ricorre il caso;

h

altra cassa (specificare) _____

Ufficio/Sede	indirizzo	CAP	Città
Fax	Tel.	matricola	

In caso di non iscrizione ad uno degli enti suindicati, indicarne i motivi:

[compilare solo la parte che interessa]

ULTERIORI DICHIARAZIONI:

- A) di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- B) di autorizzare l'ARST ad utilizzare i seguenti riferimenti:
 numero fax: p.e.c.
 per le comunicazioni di cui agli artt. 52 e 76 del D.Lgs. n° 50/2016 e s.m.i. e per ogni altra comunicazione inerente l'appalto;

Letto, confermato e sottoscritto il giorno _____

Il Dichiarante³

(timbro e firma leggibile)

³ N.B. Alla presente dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del soggetto firmatario.