

ALLEGATO N. 1

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PER IL REPERIMENTO DI PERSONALE ADDETTO ALL'ASSISTENZA INTEGRATIVA PER PAZIENTI
MINORI CON PROBLEMI PSICHIATRICI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO.**

Il/La sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
in qualità di _____
della Ditta _____
con sede legale in: via/piazza _____
Comune _____ Prov. _____
Codice fiscale _____ Partita IVA _____
Tel. n. _____ Fax n. _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE A PARTECIPARE

all'avviso di consultazione preliminare di mercato per il reperimento di personale addetto all'assistenza integrativa per pazienti minori con problemi psichiatrici in regime di ricovero ospedaliero.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46, 47 e 48 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

1) che l'impresa è iscritta alla Camera di Commercio Industria Agricoltura e Artigianato di _____ per attività di oggetto corrispondente ai servizi di affidamento ed attesta i seguenti dati:

- n. di iscrizione nel Registro delle Imprese _____
- data di iscrizione _____

2) che non sussistono ipotesi di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016;

3) di possedere tutti i requisiti di capacità tecnico-professionale specificati nell'Avviso;

E DICHIARA ALTRESI'

- di aver preso visione di tutte le condizioni contenute nell'Avviso;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui al titolo III, capo I del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per gli eventuali procedimenti amministrativi e giudiziari conseguenti;
- che le comunicazioni destinate all'Impresa dovranno essere effettuate ai seguenti recapiti:

Pec: _____

E-mail: _____

Allega:

- dichiarazione relativa ai servizi svolti nell'ultimo triennio in merito a prestazioni rese nell'ambito del settore oggetto del presente avviso specificando importo e soggetto beneficiario
- dichiarazione di impegno alla messa in disponibilità di personale con esperienza con pazienti psichiatrici o con problematiche comportamentali;
- quotazione oraria che si intende praticare per le figure di OSS e Infermiere professionale.

(Luogo e data) _____

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

N.B.: La presente istanza-dichiarazione, sottoscritta dal legale rappresentante della Ditta/Cooperativa o da persona autorizzata ad impegnare la stessa, mediante delega o procura da allegare contestualmente in copia, deve essere altresì corredata da fotocopia semplice di valido documento di identità del sottoscrittore.