



A.S.L. VC

Azienda Sanitaria Locale
di Vercelli

Corso M. Abbiate, 21 – 13100 VERCELLI

Tel. +39 0161 5931

www.aslvc.piemonte.it

Posta certificata: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

P.I. / Cod. Fisc. 01811110020

Allegato A

Avviso di manifestazione di interesse per l'affidamento del servizio di assistenza medica nella specialità di Neurologia, presso il presidio ospedaliero di Vercelli, per un periodo di mesi sei.

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ residente a _____ Via _____

_____ in qualità di _____ dell'impresa

_____ con sede in _____

Via _____ P.IVA _____

email/pec _____

MANIFESTA

Interesse ad essere invitato alla procedura in oggetto che si svolgerà ai sensi dell'art. 50, comma uno, lett. "e", del D.lgs 36/2023; A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, il sottoscritto

DICHIARA

- di essere iscritto nel registro delle imprese presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura di _____ per la seguente attività _____;
- di non trovarsi in nessuna delle cause di esclusione dalle procedure di appalto o concessione previste dagli artt. 94, 95, 96 e 98 del d.lgs 36/2023 e dalla vigente normativa in materia;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali trasmessi, anche con strumenti informatici, nel rispetto della disciplina dettata dal d.lgs 196/03, ed esclusivamente per le finalità di cui alla presente manifestazione d'interesse;
- che il servizio eventualmente offerto sarà coerente e conforme alle esigenze esplicitate dalla S.A. nell'avviso di manifestazione di interesse;
- di aver preso visione e di accettare il contenuto dell'avviso.

(Luogo e data) _____ Firma _____

N.B. la presente dichiarazione deve essere sottoscritta e firmata digitalmente dal Legale Rappresentante dell'Operatore Economico oppure da Procuratore allegando, in tal caso, relativa Procura Speciale.