Allegato A

**AVVISO ESPLORATIVO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE** **PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI** **COSTRUZIONE, GESTIONE E MONITORAGGIO DI PROGETTI PERSONALIZZATI E SERVIZI DI SPORTELLO INFORMATIVO E CONSULENZA NELL’AMBITO DEI PROGETTI, MISURE E SERVIZI RIFERITI ALL’ AREA “LOTTA ALLA POVERTÀ E ALL’ESCLUSIONE SOCIALE” DEL PLUS, DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI ALGHERO**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Il sottoscritto

nato a il

domiciliato a via

nella sua qualità di

P.IVA C.F.

* libero professionista singolo;
* ***ovvero***
* libero professionista associato, dello studio

con sede in via P.IVA

C.F.

con il ruolo di coordinatore dei professionisti assegnati all’incarico che si elencano:

*(indicare nome, cognome, ordine professionale di appartenenza, n° d’iscrizione e ruolo nell’espletamento dell’incarico)*

* ***ovvero***
* legale rappresentante della società di professionisti:

con sede in via P.IVA

C.F.

* ***ovvero***
* legale rappresentante del

Consorzio con sede in via P.IVA

C.F.

* ***ovvero***
* capogruppo (mandatario) /mandante del costituito / costituendo raggruppamento temporaneo di soggetti art.39 del D. Lgs. n. 36/2023, fra i soggetti che si elencano:

*(indicare nome, cognome, ordine professionale di appartenenza, n° d’iscrizione e ruolo nell’espletamento dell’incarico)*

* ***ovvero***
* Altro:

P.IVA C.F.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* Telefono:

Cell.

E\_mail: (***obbligatorio***) \_ PEC : (***obbligatorio***)

* **C H I E D E**

**di partecipare all’avviso esplorativo di manifestazione di interesse suindicata e avvalendosi della facoltà concessagli dal D.P.R. n. 445/2000, per la documentazione relativa alla selezione in oggetto, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni ivi indicate, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000.**

**D I C H I A R A**

1. di essere iscritto all’albo della Provincia di

al n. a partire dal ; *(se richiesto dall’avviso pubblico)*

1. di essere in regola con i versamenti contributivi obbligatori INPS e INAIL, accertabili ai sensi di legge (DURC o documento di regolarità della Cassa di appartenenza), nonché di essere in una posizione di regolarità contributiva presso l’Ordine Professionale di appartenenza (*se previsto*):

(ordine professionale, numero iscrizione, n. matricola INPS, sede, numero di lav. dipendenti);

1. che non sussiste alcuna delle cause di esclusione di cui all’art. 94 – 95 - 98 del D. Lgs. n. 36/2023;
2. di essere in grado di eseguire con tempestività le prestazioni professionali richieste e indicate nell’avviso;
3. di acconsentire al trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza;
4. di aver assolto con puntualità e diligenza agli incarichi affidati;
5. di non essere in contenzioso con l’Ente;
6. di non partecipare in più di una società o raggruppamento.

* **ALLEGA**
* Copia documento di identità in corso di validità;
* Curriculum professionale.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma