Allegato n. 1

FAC SIMILE – Manifestazione di interesse ed attestazione requisiti

da presentare su carta intestata

Spett. le
CASSA DEL TRENTINO S.P.A.
Via Vannetti, 18/A
38122 - TRENTO (TN)

A MEZZO POSTA ELETTTRONICA CERTIFICATA ALL'INDIRIZZO: cassadeltrentino@legalmail.it

OGGETTO: Avviso di manifestazione di interesse finalizzato all'individuazione degli operatori economici da invitare a un confronto concorrenziale per l'affidamento del servizio di sorveglianza sanitaria e nomina del medico competente aziendale ai sensi del D. Lgs. n. 81/2008 a favore di Cassa del Trentino S.p.A., LOTTO UNICO – Manifestazione di interesse ed attestazione requisiti.

L'Operatore economico ……..,

con sede in …….. – CF …….….. Partita IVA …… - PEC …….

rappresentato da ……. (Legale rappresentante, procuratore, ecc.), nato/a a …….. Prov. …….. il ..... CF. ……...

preso atto di quanto previsto nell'**Avviso di manifestazione di interesse dd. 20/05/2019**:

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. e sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

A. di essere interessato a partecipare alla procedura concorrenziale per l'affidamento del servizio in oggetto;

B. di essere in possesso dei requisiti di ordine generale di cui all'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016;

C. di essere iscritto nel Registro tenuto dalla CCIAA per attività coerenti con quelle oggetto dell'appalto;

D. di essere in possesso dei requisiti di capacità tecnica e professionale previsti nell'Avviso di manifestazione di interesse, ovvero di avere effettuato, nei **cinque anni antecedenti la data di**

scadenza dell'Avviso, almeno 3 servizi di sorveglianza sanitaria e medico competente aziendale ai sensi del D. Lgs. n. 81/2008 aventi durata minima continuativa di 12 mesi.

Con riferimento a detti servizi analoghi, si riportano nella tabella sotto-riportata gli elementi essenziali per consentire a Cassa del Trentino S.p.A. di effettuare le verifiche sul possesso dei medesimi, che verranno effettuate nei termini di legge:

REQUISITI DI CAPACITÀ TECNICA E PROFESSIONALE **esperienza in servizi analoghi di sorveglianza sanitaria e medico competente aziendale ai sensi del D. Lgs. n. 81/2008 aventi durata minima continuativa di 12 mesi**					
N.	**Oggetto del servizio prestato**	**Soggetto affidante**	**Data di affidamento dell'incarico**	**Data di conclusione dell'incarico**	**Durata complessiva di servizio effettuato (*in mesi*)**
1	Oggetto del servizio prestato _____ _____ _____	Denominazione _____ _____ p.IVA _____ sede legale _____ _____	__/__/_____	__/__/_____	_____ mesi
2	Oggetto del servizio prestato _____ _____ _____	Denominazione _____ _____ p.IVA _____ sede legale _____ _____	__/__/_____	__/__/_____	_____ mesi
3	Oggetto del servizio prestato _____ _____ _____	Denominazione _____ _____ p.IVA _____ sede legale _____ _____	__/__/_____	__/__/_____	_____ mesi

E. *preso atto che la successiva procedura concorrenziale sarà gestita tramite la piattaforma di E-procurement accessibile dal sito internet http://www.mercurio.provincia.tn.it/ fra gli operatori economici che avranno manifestato interesse a partecipare alla procedura in oggetto,* dichiara di

(selezionare una delle 2 opzioni previste):

- o essere regolarmente iscritto/abilitato

  OVVERO

- o aver presentato domanda di iscrizione/abilitazione

al ***Mercato elettronico della Provincia autonoma di Trento*** (ME-PAT) ***per la categoria merceologica ""Servizi di consulenza sanitaria e di sicurezza""*** e prende altresì atto ed accetta che la stazione appaltante non potrà procedere ad invitare alla successiva procedura concorrenziale gli Operatori economici che non risultino regolarmente abilitati sulla piattaforma telematica e che non risultino aver caricato sulla medesima servizi afferenti detto Bando/categoria merceologica entro il 5 giugno 2019;

F. ed inoltre dichiara di accettare espressamente, senza condizione o riserva alcuna, le condizioni previste nell'Avviso di manifestazione d'interesse in oggetto per la partecipazione alla presente indagine preselettiva e che l'indirizzo di posta elettronica certificata PEC al quale potranno essere inviate eventuali comunicazioni e/o richieste di chiarimento afferenti la procedura è il seguente:

INDIRIZZO PEC _____ .

Data _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE (*)

- documento sottoscritto digitalmente –

Tutti i dati personali trasmessi dagli operatori economici con l'istanza di partecipazione alla selezione, ai sensi della vigente normativa in materia di privacy, saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della procedura di selezione e degli eventuali procedimenti di affidamento di incarico. Per l'informativa completa si rinvia al sito internet di Cassa del Trentino S.p.A.

(*) documento sottoscritto digitalmente dal legale rappresentante o da soggetto munito di poteri (trasmettendo, in allegato all'istanza di partecipazione, adeguata documentazione giustificativa).