**Allegato B**

**Istanza di partecipazione**

Spett.le

ASP dei Comuni della Bassa Romagna

Via Mazzini 3

48012 Bagnacavallo RA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OGGETTO: AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI BROKERAGGIO ASSICURATIVO**

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE E AUTODICHIARAZIONE**

Il/la sottoscritto/a .........................................................................…………………………………………………….

nato/a a ...………………………………......................................................................... il ................................

in qualità di ……………………....................................................................................................................

autorizzato a rappresentare legalmente l’impresa ………………………………………………………………………….

con sede legale a ………………………………………………………………………………………………………………….............

in Via/Piazza ................................................................................................................... n. ...............,

recapito telefonico...................................

email………………………………......…………….……….. PEC ………………..………………….……..……..........................

Codice Fiscale ..............................................… Partita IVA ...............…….............................................

**MANIFESTA**

Il proprio interesse a partecipare all’indagine di mercato indicata in oggetto di cui all’avviso di manifestazione di interesse dell’ASP dei Comuni della Bassa Romagna, e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, così come stabilito dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss.mm. e ii.

E a tal fine, consapevole delle responsabilità in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace, di formazione di atti falsi o di uso dei medesimi, memore delle pene stabilite dall’art. 496 Codice Penale combinato con l’art. 76 del DPR 445/00;

**DICHIARA**

IN RELAZIONE AI REQUISITI DI ORDINE GENERALE

1. che nei confronti dell’impresa non sussiste alcuna delle cause di esclusione previste dall’articolo 80 del D. Lgs. 18/04/2016, n. 50 e ss.mm. e ii.;
2. di non trovarsi nelle condizioni di esclusione di cui all’art. 53, comma 16-*ter*, del D.Lgs. 30/03/2001, n. 165 e che a proprio carico, ai sensi della normativa vigente, e che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi che ostano allo svolgimento del servizio di cui trattasi;
3. di non trovarsi nelle condizioni per le quali sussistono divieti a contrarre con la Pubblica Amministrazione;

IN RELAZIONE AI REQUISITI DI IDONEITÀ PROFESSIONALE:

1. che l’impresa è iscritta nel registro delle imprese della C.C.I.A.A. di …………………………………………...

Codice attività: ......................................................................................................... (obbligatorio)

Numero di iscrizione: ..........................................................

Data di iscrizione: ...............................................................

Durata dell’impresa/data termine: .....................................

Forma giuridica ……………..................................................................................................................

titolari, soci, direttori tecnici, amministratori muniti dei poteri di rappresentanza, soci accomandatari (indicare i nominativi, le qualifiche, le date di nascita e la residenza:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. che l’impresa è iscritta al Registro unico degli intermediari, ai sensi del D. Lgs. 209/2005,

Numero di iscrizione: ..........................................................

Data di iscrizione: ...............................................................

1. che è in possesso di adeguata copertura assicurativa contro i rischi professionali, oltre a Polizza RCT e Infortuni;

**DICHIARA ALTRESI’**

1. che l’impresa è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (Legge 68/99) e che l’impresa non è incorsa nell’applicazione della sanzione interdittiva di cui all’art. 9, comma 2, lett. C) del D. Lgs. 231/2001 né nell’applicazione di altre sanzioni interdittive che comportano divieto a contrattare con la pubblica amministrazione**;**
2. che l’impresa, alla data odierna, è in regola con il versamento dei contributi INPS, INAIL, di competenza per i lavoratori impiegati e di avere le seguenti posizioni previdenziali ed assicurative:

INPS: sede di ……………………………………………………

matricola azienda n. ………………………………………….

INAIL: sede di ……………………………………………………

codice ditta n. ………………………………………………...

1. di aver preso visione dell’avviso e di essere a conoscenza di tutte le circostanze generali, particolari e locali, nessuna esclusa ed eccettuata, che possono influire sullo svolgimento del servizio in oggetto;
2. di essere consapevole che l’avviso ha scopo esclusivamente esplorativo del mercato e che tale procedura è propedeutica all’affidamento del servizio in oggetto.
3. di essere consapevole che l’avviso costituisce unicamente un invito a partecipare all’indagine di mercato propedeutico per l’affidamento del servizio di brokeraggio assicurativo e non comporta, per l’ASP, l’assunzione di alcun obbligo nei confronti dell’operatore economico. L’ASP si riserva di non dar seguito alla procedura in oggetto.
4. di essere iscritto, o di effettuare l’iscrizione entro i termini di indizione della richiesta di offerta, sul portale degli acquisti della pubblica amministrazione [**www.acquistinretepa.it.**](http://www.acquistinretepa.it/)categoria “Servizi di supporto specialistico”.

Data ................................................

Il Titolare

(sottoscrizione in originale e per esteso)

**ALLEGATI:**

- Copia fotostatica di un documento d’identità o di riconoscimento equipollente valido del sottoscrittore, ai sensi dell’articolo 38, comma 3 del D.P.R. 445/00 e ss.mm.ii.

- Avviso firmato in ogni pagina in segno di accettazione.

Informativa sul trattamento dei dati personali

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato che, ai sensi del G.D.P.R. Regolamento Europeo n. 679 del 2016:

* i dati personali forniti e raccolti in occasione del presente procedimento verranno utilizzati esclusivamente in funzione e per i fini dello stesso procedimento;
* il trattamento dei dati conferiti dai partecipanti all’indagine di mercato ha la finalità di consentire l’accertamento dell’idoneità dei concorrenti rispetto all’affidamento del servizio;
* il conferimento dei dati richiesti ha natura facoltativa e che un eventuale rifiuto a rendere le dichiarazioni previste comporterà l’esclusione dalla procedura di gara;
* i dati saranno conservati presso l’amministrazione aggiudicatrice per tutta la durata della procedura di gara, e, successivamente, per il tempo prescritto dalle norme in materia di conservazione degli atti per la Pubblica Amministrazione;
* i dati raccolti potranno essere oggetto di comunicazione al personale dipendente dell’Azienda, responsabile in tutto o in parte del procedimento e comunque coinvolto per ragioni di servizio, agli eventuali soggetti esterni comunque coinvolti nel procedimento, ai concorrenti nella procedura di affidamento; ai competenti uffici pubblici in esecuzione delle vigenti disposizioni di legge, agli altri soggetti aventi titolo ai sensi della legge n. 241/1990 e successive modificazioni.
* Titolare del trattamento è l’ASP dei Comuni della Bassa Romagna, Via Mazzini 3, Bagnacavallo (RA), Codice Fiscale/Partita IVA: 02295380394;
* i diritti per l’interessato previsti dalla normativa in materia sono: avere conferma dell’esistenza di dati personali, ottenere l’accesso ai dati, la cancellazione dei dati trattati in violazione della legge, l’aggiornamento e la rettifica dei dati, opporsi al trattamento, proporre reclamo all’autorità di controllo (Garante della Privacy).

Data ................................................

Il Titolare

(sottoscrizione in originale e per esteso)