

Al Consorzio per la realizzazione  
del sistema integrato di welfare  
Ambito di Poggiardo  
Ufficio di Piano  
Via Don Minzoni 6  
73037 POGGIARDO

**Oggetto: Manifestazione di disponibilità a partecipare alla procedura per l'affidamento della fornitura di polizze assicurative. CIG Z591AB02E1**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) codice fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di  
\_\_\_\_\_ della compagnia assicurativa \_\_\_\_\_ con  
sede in \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_;

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

di non trovarsi nelle condizioni di esclusione dalla partecipazione alle procedure di affidamento degli appalti pubblici e di stipula dei relativi contratti previste dall'art. 80 del D.Lgs. 50/2016;  
di essere in possesso dei requisiti di idoneità professionale.

**CHIEDE**

di essere ammesso a partecipare alla procedura aperta di cui al D. Lgs. 50/2016, per l'affidamento della fornitura di polizze assicurative **per la copertura di danni provocati e/o subiti da n. sette minori affidati nel corso dell'affidamento presso 4 nuclei familiari,**

A tal fine dichiara di possedere i seguenti requisiti:

- Compatibilità della natura giuridica e dello scopo sociale dell'impresa con le attività oggetto dell'affidamento;

**DICHIARA INOLTRE**

di accettare con la sottoscrizione della presente domanda le condizioni stabilite nell'Avviso

Firma

Allega:

copia documento identità in corso di validità del Legale Rappresentante preventivo di spesa.

\_\_\_\_\_ lì, \_\_\_\_\_