

**Procedura per manifestazione di interesse alla stipula di Convenzioni per la prevenzione, la diagnostica e la cura, riservate ai dipendenti dell’Istituto degli Innocenti.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di \_\_\_\_\_ dell’Operatore Economico \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

**MANIFESTA**

interesse che l’offerta del predetto operatore economico da lui/lei rappresentato sia presa in considerazione al fine di stipulare una convenzione avente ad oggetto prestazioni sanitarie, a prezzi agevolati, per la prevenzione, la diagnostica e la cura, riservate ai dipendenti dell’Istituto degli Innocenti.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del medesimo D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**DICHIARA**

- l’insussistenza dei motivi di esclusione disciplinati dagli artt. 94 e 95 del d.lgs. 36/2023;
- l’insussistenza nei propri confronti o, se trattasi di persona giuridica, dei rappresentanti legali e dei soci della società, delle cause di decadenza, sospensione o divieto di cui all’art. 67 del Decreto Legislativo 6 settembre 2011, n. 159 (disposizioni antimafia);
- di non versare in alcuna ipotesi di conflitto di interessi di cui all’art. 1 comma 9, lett. e), L. 190/2012;
- di essere in possesso delle previste autorizzazioni normative di cui alla Legge Regionale 51 del 5 agosto 2009, al Regolamento di attuazione 79/R del 17 novembre 2016 e al Dpgr 90/R del 16 settembre 2020;
- che il domicilio eletto per il ricevimento delle comunicazioni è il seguente:  
\_\_\_\_\_;
- di autorizzare espressamente l’Istituto ad effettuare le comunicazioni al seguente indirizzo PEC: \_\_\_\_\_;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all’Istituto ogni variazione, sopravvenuta nel corso della presente procedura, circa l’indirizzo o la PEC sopra indicati per la ricezione delle comunicazioni;
- di essere a conoscenza che la presente richiesta non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo l’Istituto che sarà libero di sottoscrivere una pluralità di convenzioni con diversi operatori del settore;
- di essere a conoscenza che l’Istituto si riserva di seguire anche altre procedure, e che la stessa Amministrazione si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per sue valutazioni insindacabili, il procedimento avviato, senza che i soggetti richiedenti possano vantare alcuna pretesa;

- di essere a conoscenza che la presente dichiarazione non costituisce prova del possesso dei requisiti generali richiesti per la sottoscrizione della convenzione in oggetto e che il possesso dei suddetti requisiti verrà accertato dall'Istituto, nei modi di legge, prima della sottoscrizione della convenzione;
- di aver preso visione e di accettare integralmente le condizioni dell' “*avviso pubblico per manifestazione di interesse alla stipula di Convenzioni con Istituti medici per la prevenzione, la diagnostica e la cura, riservate ai dipendenti dell'Istituto degli Innocenti*” di cui alla presente procedura.

[Luogo e Data] \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

*Firmato digitalmente dal legale rappresentante o dal procuratore\**

*\*La presente dichiarazione dovrà essere firmata digitalmente da parte del legale rappresentante o da altra persona abilitata ad impegnare l'impresa. In tale ultimo caso, dovrà essere prodotta in atti copia della fonte dei poteri, o procura.*

**Alla presente dichiarazione, a pena di nullità, dovrà essere allegata copia di un documento di identità di ogni sottoscrittore, in corso di validità.**

Qualora l'operatore economico non abbia la possibilità di firmare digitalmente gli atti, potrà In alternativa sottoscrivere i moduli con firma autografa, scannerizzarli ed inviarli per pec con allegato il documento di identità del sottoscrittore.

**OFFERTA: su carta intestata dell'operatore, si richiede:**

- una breve presentazione della struttura nella quale vengono prestati i servizi oggetto della convenzione;
- elenco delle prestazioni offerte con il prezzo di listino praticato al pubblico e il corrispondente minor prezzo e/o percentuale di sconto praticati al personale dipendente dell'Istituto a seguito della sottoscrizione della convenzione.

[Luogo e Data] \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

*Firmato digitalmente dal legale rappresentante o dal procuratore\**

*\*La presente offerta dovrà essere firmata digitalmente, o con firma autografa con le stesse modalità sopra indicate.*