ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

AD ESSERE INVITATI ALLA PROCEDURA NEGOZIATA RELATIVA ALL'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI CONSULENZA E BROKERAGGIO ASSICURATIVO – CIG 8569397A1B

Il sottoscritto_____

nato a _____ Prov _____ il _____

cittadino italiano

OVVERO: cittadino dello Stato _____ (appartenente all'Unione Europea)

OVVERO: cittadino dello Stato _____ e residente in Italia (per gli stranieri imprenditori ed amministratori di società commerciali legalmente costituite, se appartengono a Stati che concedono trattamento di reciprocità nei riguardi dei cittadini italiani)

in qualità di (carica sociale)_____

dell'Impresa/Ditta

_____

con sede legale in Via/Piazza _____n._____

Cap _____ Città _____

Prov._____Tel. _____ Fax _____

Pec_____

con sede operativa in Via/Piazza_____ n._____

Cap_____ Città_____Prov._____

Tel._____ Fax_____

Email_____

Codice fiscale _____

Partita IVA n._____

CHIEDE

Di essere invitato alla procedura negoziata di cui all'AVVISO di INDAGINE DI MERCATO ARPAS per l'affidamento del SERVIZIO DI CONSULENZA E BROKERAGGIO ASSICURATIVO – CIG 8569397A1B

A tal fine, in conformità alle disposizioni del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, artt. 46 e 47, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 dello stesso Decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

1. **Di partecipare alla presente procedura quale:**

(indicare, barrando con una x, una soltanto delle alternative di seguito elencate):

- ❑ OPERATORE ECONOMICO SINGOLO
- ❑ CAPOGRUPPO DI R.T.I. COSTITUENDA O COSTITUITA Indicare la/le mandante/i (ragione sociale, indirizzo, C.F./P. IVA)

  _____

  _____

  _____

  _____
- ❑ MANDANTE DI R.T.I. COSTITUENDA O COSTITUITA
- ❑ CONSORZIO tra società cooperative di produzione e lavoro e/o tra imprese artigiane, di cui all'art. 45 comma 2 lett. b) D.Lgs. 50/2016
- ❑ CONSORZIO stabile di cui all'art. 45 comma 2 lett. c) D.Lgs. 50/2016
- ❑ CONSORZIO di concorrenti di cui all'art. 45 comma 2 lett. d) D.Lgs. 50/2016
- ❑ CONSORZIATA per conto della quale il consorzio partecipa
- ❑ ALTRO (indicare qui _____)

2. **Che l'operatore economico sopra indicato è in possesso di tutti i requisiti richiesti dall'Avviso di indagine di mercato ai fini della partecipazione. In particolare dichiara:** (compilare gli spazi mancanti)

   2.1. Di essere regolarmente iscritto sul portale del CAT Sardegna nella seguente **categoria merceologica (***indicare con precisione la categoria di iscrizione* ***per esteso*****:** _____

   2.2. che l'operatore economico dallo stesso legalmente rappresentato è iscritto nel registro delle imprese della **Camera di Commercio di** ..... per la seguente attività …….numero di iscrizione.....…….…….....

   2.3. che l'operatore economico dallo stesso legalmente rappresentato è iscritto nel registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109, comma 2 lett. b del D. Lgs. 209/2005 e del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006 – sezione B Broker ovvero

iscrizione equipollente per le Società che risiedono in altri Stati (specificare) _____

_____

2.4. che l'operatore economico dallo stesso legalmente rappresentato non si trova in alcuna delle cause di esclusione dalla partecipazione ad una procedura di appalto previste dall'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016;

2.5. che l'operatore economico dallo stesso legalmente rappresentato non si trova nelle condizioni di cui all'art. 53 comma 16-ter del D. Lgs. 165/2001 ed in alcuna delle ulteriori condizioni che comportano divieto a contrattare con la pubblica amministrazione previsti dalla normativa vigente;

2.6. che l'operatore economico dallo stesso legalmente rappresentato è in possesso dei requisiti speciali indicati nell'Avviso ed esattamente dichiara di:

- avere in corso almeno **n. 2 contratti di intermediazione assicurativa** stipulati con i seguenti Enti Pubblici: (*indicare oggetto, data decorrenza e durata, Pubblica Amministrazione committente*)

1) _____;

2) _____;

- aver eseguito, nell'ultimo triennio antecedente alla pubblicazione dell'Avviso, **almeno un contratto avente ad oggetto servizi analoghi** - intendendosi per servizi analoghi la gestione di portafogli assicurativi - a favore di Pubbliche Amministrazioni **per un importo complessivo non inferiore a € 124.000,00** (n.b.: Per le imprese che abbiano iniziato l'attività da meno di tre anni, l'importo minimo complessivo del contratto di cui sopra potrà essere rapportato al periodo di attività): (*indicare oggetto, importo contrattuale, data decorrenza e durata, Pubblica Amministrazione committente*)

1) _____

_____

3. di essere consapevole che l'ARPAS potrà sospendere, modificare o annullare la procedura relativa all'avviso e di non dar seguito all'espletamento della successiva procedura negoziata per l'affidamento in oggetto, senza che gli operatori economici istanti possano vantare alcun diritto o pretesa;
4. di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

L’operatore economico autorizza l’ARPAS ad inviare le tutte comunicazioni inerenti la procedura al seguente indirizzo PEC

_____

liberando espressamente la Stazione Appaltante da qualsivoglia responsabilità derivante da eventuali difetti di funzionamento.

Il Dichiarante

(FIRMATO DIGITALMENTE)

N.B. La dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000 deve essere sottoscritta digitalmente.