|  |  |
| --- | --- |
|  | Spett.le  COMUNE DI MESOLA  UFFICIO SEGRETERIA  VIALE ROMA, 2  44026 MESOLA (FE)  pec:[comune.mesola@cert.comune.mesola.fe.it](mailto:comune.mesola@cert.comune.mesola.fe.it) |

##### OGGETTO: **AFFIDAMENTO** DEI SERVIZI CIMITERIALI NEI CIMITERI DEL COMUNE DI MESOLA**PER ANNI 4 – CIG:** 9160757FCF

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E – mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della Ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

forma giuridica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov.\_\_\_\_\_\_\_ ) CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.I. n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. n°\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax n° \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

a partecipare alla procedura indicata in oggetto (barrare la voce che interessa)

* Impresa singola

ovvero

* mandatario capogruppo di un raggruppamento temporaneo orizzontale, ai sensi degli articoli 45 comma 2, lettera d) e 48 comma 2 del decreto legislativo n. 50 del 2016, o di un consorzio (ai sensi degli articoli 45 comma 2, lettera e) e 48 del decreto legislativo n. 50 del 2016).

ovvero

* mandante in un raggruppamento temporaneo orizzontale, ai sensi degli articoli 45 comma 2, lettera d) e 48 comma 2, del decreto legislativo n. 50 del 2016 o di un consorzio (ai sensi degli articoli 45 comma 2, lettera e) e 48 del decreto legislativo n. 50 del 2016)

DICHIARA INOLTRE

* di aver preso visione dell’avviso pubblico di essere in grado di partecipare in quanto in possesso dei necessari requisiti generali di cui all’art. 80 del D.Lgs. 50/2016;
* di essere in possesso dei requisiti speciali di cui all’avviso per indagine di mercato;
* di aver preso visione del capitolato di gara e relativi allegati;
* di non aver commesso violazioni, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui è stabilito: indicare i dati dell’Agenzia delle Entrate o Ente (in caso di altri Stati) di riferimento;
* che l’impresa non ha commesso violazioni gravi, definitamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui è stabilita e che risulta in regola in ordine ai versamenti Inps ed Inail e mantiene le seguenti posizioni previdenziali ed assicurative (nel caso di iscrizioni di più sedi, vanno indicate tutte)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Inps | Indirizzo sede competente | Matricola n. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Inail | Indirizzo sede competente | Codice sede |
|  | Codice ditta | Posizione assicurativa territoriale (P.A.T ) |

* di indicare quale recapito per ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente procedura il seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

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

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

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile

(Da rendere, sottoscritta dal titolare o legale rappresentante, in carta semplice con allegata la fotocopia di un documento di identità personale valido, ai sensi della normativa vigente in materia di semplificazione amministrativa)