****

**REGIONE SICILIANA**

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA**

**Mod. per Manifestazione di interesse**

**per la partecipazione alla procedura per l’affidamento del Servizio di accompagnamento pazienti affetti da Alzheimer al Centro Alzheimer di Ragusa.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(prov.)\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,

codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, in qualità di **(*indicare se titolare, legale rappresentante, procuratore speciale o altra persona avente i poteri di impegnare l’impresa)*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’impresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

con sede legale in (indirizzo completo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

Codice fiscale**/**Partita Iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

pec mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell'ufficio gare,

in riferimento all’Avviso prot.n.16386 del 13 giugno 2016 relativo ad indagine di mercato per l’affidamento della fornitura in oggetto,

**C H I E D E**

di essere inserito nell’elenco delle Ditte dal quale codesta ASP individuerà gli operatori economici da invitare alla procedura in argomento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dichiarante

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

Esente da autentica di firma ai sensi dell’art. 38 ed esente da bollo ai sensi dell’art. 37 del D.P.R. n. 445/2000.

INFORMATIVA D. LGS. N. 196/2003

Il trattamento dei suddetti dati viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dal D.lgs. n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali.

AVVERTENZA: ALLA PRESENTE COMUNICAZIONE VA ALLEGATA COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO DEL DICHIARANTE.