

MODELLO N. 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ai sensi del DPR 445/2000 art. 47

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

In qualità di rappresentante della Società _____

Natura giuridica _____

Con sede in Via _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Telefono _____ FAX _____ E-mail _____

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA:

- di manifestare il proprio interesse a partecipare alla procedura per l'affidamento del servizio Pronto Soccorso Aeroportuale (P.S.A.).
- di possedere requisiti di ordine generale, di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.i.;
- che il fatturato globale annuo dell'impresa, relativo all'ultimo triennio o al minor periodo di attività dell'impresa, è pari ad almeno Euro 700.000,00;
- che il fatturato specifico d'impresa relativo all'ultimo triennio o al minor periodo di attività d'impresa, reso in una o più strutture immobiliari ad alta frequentazione di pubblico (aeroporti, porti, strutture ospedaliere, centri commerciali, stazioni ferroviarie, istituti bancari etc.), è pari ad almeno €. 400.000,00;
- che la Società è in possesso della certificazione ISO 9001:2015, numero _____ in corso di validità, con specifica relativa al settore IAF 38 (Sanità ed altri servizi sociali) e scopo di certificazione concernente "Guardia medica" e/o "Presidio medico sanitario".
- che la ragione Sociale e/o la denominazione della Società è _____;
- che la sede sociale della Società è _____;
- che il codice fiscale/Partita IVA della Società sono _____;
- che l'indirizzo PEC al quale la SOACO potrà indirizzare eventuali richieste di chiarimenti e/o precisazioni alla Società è _____;
- che gli eventuali ulteriori recapiti della Società sono telefono _____ e fax _____;
- di autorizzare al trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. per tutte le fasi procedurali.

Data

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

(allegare copia documento identità)