

SPETT.LE
AZIENDA SANITARIA LOCALE AL
VIA VENEZIA, 6
ALESSANDRIA

PEC provveditorato@pec.aslal.it

OGGETTO: MANIFESTAZIONI DI INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE DI ASSOCIAZIONI PER IL SERVIZIO DI CONSEGNA DEI FARMACI IN DISTRIBUZIONE DIRETTA AL DOMICILIO DEI PAZIENTI DELL'ASL AL

Il sottoscritto:

NOME	
COGNOME	
NATO A	
IL	

in qualità di:

Legale rappresentante	
Procuratore	
Altro (<i>specificare</i>)	

dell'Associazione:

DENOMINAZIONE	
SEDE LEGALE	
CITTA' / C.A.P.	
PARTITA IVA / CODICE FISCALE	

PEC (se disponibile)	
MAIL	

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

all'avviso di consultazione preliminare per il servizio di consegna dei farmaci in distribuzione diretta al domicilio dei pazienti dell'ASL AL

A TAL FINE

sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e delle conseguenze di natura penale in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- l'iscrizione, da almeno sei mesi, nel Registro unico nazionale del Terzo settore;
- di possedere i requisiti di cui all'art 56 del Decreto legislativo 3.07.2017 n. 117
- di non trovarsi in qualunque situazione che determini per espressa previsione normativa l'esclusione dalla procedura e/o l'incapacità a stipulare un con la Pubblica Amministrazione;
- di aver preso visione di tutte le condizioni contenute nell'avvio di manifestazione di interesse e nei relativi allegati;
- di autorizzare l'invio di comunicazioni inerenti il presente avviso all'indirizzo PEC sopraindicato o, in caso di indisponibilità, all'indirizzo e mail ordinaria sopraindicato;
- di autorizzare l'A.S.L. AL, ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003 n. 196 e s.m.i. e del RGPD n. 2016/679, a compiere il trattamento dei dati forniti dal dichiarante nel presente procedimento al solo fine di svolgere la propria attività istituzionale;
- di essere a conoscenza che l'ASL AL si riserva il diritto di procedere a verifiche, anche a campione, in ordine alla veridicità delle dichiarazioni;
- di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, l'Associazione verrà esclusa dalla procedura per la quale è rilasciata o decadrà dal rapporto convenzionale qualora già stipulato.

Si allegano alla presente:

- copia fotostatica di un valido documento di identità del dichiarante
- relazione contenente le modalità con le quali si intende svolgere il servizio
- Regolamento ASL AL sottoscritto

Letto, confermato e sottoscritto.

Data _____

**DOCUMENTO DA SOTTOSCRIVERE
DAL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL'ASSOCIAZIONE PARTECIPANTE**