Allegato A

|  |
| --- |
| Spett.le  A.P.S.P. |
| Centro Servizi Socio Sanitari e Residenziali Malé |
| Via della Gana, 14 |
| 38027 – Malé (TN) |
| Pec: [**amministrazione@pec.centroservizimale.it**](mailto:amministrazione@pec.centroservizimale.it) |

**OGGETTO**: Avviso pubblico per l’acquisizione di manifestazione di interesse finalizzato all’individuazione degli Operatori economici da invitare alla successiva procedura di affidamento della **fornitura di GENERI ALIMENTARI**

Il/la sottoscritto/a in qualità di legale rappresentante dell’impresa (indicare denominazione e forma giuridica), con sede legale in , Prov. ,

via n. codice fiscale ,

partita IVA n. ,Tel. e-mail PEC

# PRESO ATTO

di tutte le condizioni e dei termini di partecipazione stabiliti nell'avviso prot. n. 2120 di data 08/09/2025, pubblicato sul sito internet della A.P.S.P. Centro Servizi Socio Sanitari e Residenziali Malé (TN) e sul sito dell’Osservatorio provinciale dei contratti pubblici (nuovo Sicopat).

# MANIFESTA

l'interesse a partecipare alla procedura di affido di:

□ Alimentari misti

□ Surgelati

□ Latticini

ed a questo effetto, consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, tenuto conto degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000 e

# DICHIARA

1. l’assenza di motivi di esclusione di cui agli articoli da 94 a 98 del D. Lgs. 36/2023 e che l’impresa non si trova in ogni altra situazione che possa determinare l’esclusione da gara di appalto e/o l’incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione;
2. che l’impresa è iscritta alla piattaforma alla piattaforma Contracta (<https://contracta.provincia.tn.it/portalegare/index.php>)
3. Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
4. Di autorizzare la A.P.S.P. Centro Servizi Socio Sanitari e Residenziali Malé ad inviare le comunicazioni inerenti la presente procedura all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra riportato.

Luogo e data

Firma digitale