Mod. allegato 1)

**AL DIRETTORE DEL CONSORZIO**

**PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI WELFARE**

**AMBITO DI POGGIARDO**

**Via Don Minzoni 6**

**73037 POGGIARDO**

Il /La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Legale Rappresentante dell’organizzazione di volontariato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_P.I./C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di partecipare alla selezione pubblica per l’affidamento del servizio di trasporto di anziani e utenti di cui all’avviso pubblicato in data 02/04/2019 CIG **Z3D27D974F**

**A TAL FINE DICHIARA**

**ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445**

* di non aver commesso i reati di cui all’art.80 del D. Lgs. 50/2016;
* che la sede dell'organizzazione è ubicata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* l’iscrizione al registro delle associazioni della Regione Puglia con il n.\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* -l’utilizzo nel servizio di cui trattasi di n. \_\_\_\_\_\_volontari con le seguenti qualifiche **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* che il numero dei volontari messi a disposizione per il servizio è pari a \_\_\_\_\_aventi le seguenti qualifiche\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che l’organizzazione ha maturato esperienza in attività similari a quelle oggetto del presente avviso come segue\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di avere le seguenti partnership con altre associazioni di volontariato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 Testo Unico sulla Privacy.

­­­­­­­­­­

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma del legale Rappresentante

Allegare copia di un documento di identità in corso di validità

**AL DIRETTORE DEL CONSORZIO**

**PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI WELFARE**

**AMBITO DI POGGIARDO**

**Via Don Minzoni 6**

**73037 POGGIARDO**

**OGGETTO: Offerta Economica per l’affidamento del servizio di trasporto di utenti disabili dell’Ambito Territoriale di Poggiardo.**

**Procedura di gara - CIG: Z3D27D974F**

**La/il sottoscritta/o**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome | | | |  | | | | | | Nome | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nato/a a | | | |  | | | | | | | | | Prov. | |  | | | il | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Residente a | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | Prov. | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indirizzo | | | |  | | | | | | | | | | | | | CAP | | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| In qualità di legale rappresentante dell’ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Con sede in | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indirizzo | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tel. |  | | | | | | | | Fax | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  |  | | | | | | |  | |  | | |  | | | |  |  | |  | |
| e-mail/pec | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C.F./P.I. | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

presa visione dell’Avviso relativi all’affidamento del **Servizio trasporto di utenti anziani e disabili dell’Ambito Territoriale di Poggiardo pubblicato in data 02/04/2019**

**DICHIARA**

1. ***Di offrire per il servizio il ribasso percentuale- in cifre ed in lettere- di seguito indicato:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Ribasso % in cifre sull’importo a base di gara** | **Ribasso % in lettere** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_% | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per cento |

Data ………………..

TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE