

A.S.D.E.P.

SCHEMA DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE IMPRESA SINGOLA

**Procedura aperta, a lotto unico, per l'affidamento della copertura assicurativa RSMO,
Long term care nonché per il rischio di premorienza per i dipendenti INPS, INAIL,
INPDAP ed ACI e loro familiari a carico**

Spett.le
A.S.D.E.P.
Via Ciro il Grande 21
00144 – Roma (EUR)

Il sottoscritto: _____
Nato a: _____ **il** _____
Residente a: _____ **Provincia di** _____
via/piazza _____ **n.°** _____
in qualità di: (*indicare la carica sociale*) _____
dell'Operatore/Impresa: _____
con sede nel Comune di: _____ **Provincia di** _____
codice fiscale: _____ **partita I.V.A.:** _____
telefono: _____ **fax** _____
indirizzo di posta elettronica: _____

CHIEDE

Che la suddetta Impresa sia ammessa a partecipare **SINGOLARMENTE** alla procedura aperta a lotto unico, per l'affidamento della copertura assicurativa RSMO, Long term care (LTC) nonché per il rischio di premorienza per i dipendenti INPS, INAIL, INPDAP ed ACI e loro famigliari a carico.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.79 comma 5 del D. Lgs.163/2006, il sottoscritto elegge domicilio al seguente indirizzo: Via _____,
n. _____, CAP _____, Città _____, Prov. _____,
tel. _____, fax _____, e.mail _____,
ed autorizza l'invio delle comunicazioni inerenti la presente gara a mezzo fax al seguente recapito:
_____ (*indicare numero di fax*).

In fede.

Data, _____

Timbro Operatore _____ **Sottoscrizione** _____

Note di compilazione:

- *la presente dichiarazione dovrà essere sottoscritta, in calce per esteso con firma leggibile e a margine di ogni foglio per sigla, da parte (i) del legale rappresentante o (ii) da persona abilitata ad impegnare l'ente o impresa. In tale ultimo caso, dovrà essere prodotta in atti copia della fonte dei poteri;*
- *alla presente istanza va allegata copia fotostatica di un valido documento d'identità del sottoscrittore.*