



Data di pubblicazione: 06/11/2019

Nome allegato: 3_AQ_ALL. A dom. di part.pdf

CIG: 806115538C;

Nome procedura: *Accordo Quadro, ai sensi dell'articolo 54, comma 3, del Codice per l'esecuzione di analisi diagnostiche sulle strutture portanti da eseguirsi presso lo stabile INPS di Milano piazza Missori 8/10*



Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Direzione regionale Lombardia

Team Risorse Strumentali Beni, Servizi e Lavori

ALLEGATO A

Domanda di partecipazione all'Indagine di mercato finalizzata all'affidamento diretto ai sensi dell'art. 36, comma 2, lettera a) del D.lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii. (di seguito "Codice"), effettuata mediante Richiesta di Offerta (di seguito "RdO") nel Mercato Elettronico delle Pubbliche Amministrazioni (di seguito "MEPA") per l'affidamento di Accordo Quadro, ai sensi dell'articolo 54 del D.Lgs. n. 50/2016, per l'esecuzione di analisi diagnostiche sulle strutture portanti da eseguirsi presso lo stabile INPS di Milano piazza Missori 8/10.

C.I.G. : 806115538C

C.U.P. : F49G19000340005

NOTE:

1. Prima di procedere alla compilazione del presente modulo, si consiglia di leggere attentamente ed in caso di dubbi, contattare l'Ufficio indicato nella Lettera di Invito, con le modalità indicate nella sezione "CHIARIMENTI".
2. Il presente Modulo Dichiarazioni è predisposto al solo fine di semplificare la predisposizione della domanda di partecipazione, esso dovrà essere compilato e sottoscritto.
3. E' vietato modificare il testo del presente Modulo Domanda di partecipazione. Se fosse necessario, è possibile integrare quanto sopra allegando apposite dichiarazioni o documentazioni.

Il sottoscritto: _____

Nato a: _____ **il** _____

Codice fiscale _____

Residente a: _____ **Provincia di** _____

via/piazza _____

n. _____

in qualità di: _____ *(indicare la carica, anche sociale)*

dell'Operatore/Impresa: _____

iscritto/a nel Registro delle Imprese di _____

con il numero Repertorio Economico Amministrativo _____

Denominazione: _____

Forma giuridica: _____

con sede legale nel Comune di: _____ **Provincia di** _____

via/piazza _____

n. _____

e

sede operativa nel Comune di: _____ **Provincia di** _____

20123 - Milano
Via Maurizio Gonzaga, 6
tel +39 02 8893 230
direzione.regionale.lombardia@postacert.inps.gov.it

via/piazza _____
n. _____

Codice ISTAT Comune _____ Codice Catastale Comune

Codice fiscale: _____ Partita I.V.A.: _____

telefono: _____ fax _____

indirizzop.e.c.: _____

INPS Matricola azienda _____ Sede competente

INAIL Codice Ditta _____ Sede competente _____

CASSA EDILE Codice impresa _____ Sede competente

ALTRI esponenti dell'azienda o società

(direttore tecnico, soci, amministratori muniti di potere di rappresentanza,
procuratori muniti di poteri di rappresentanza, etc.)

1	COGNOME E NOME	CARICA RIVESTITA	DATA NASCITA	DI	COMUNE
CODICE FISCALE					
COMUNE DI RESIDENZA		C A P	VIA/PIAZZA/CORSO		

2	COGNOME E NOME	CARICA RIVESTITA	DATA NASCITA	DI	COMUNE
CODICE FISCALE					
COMUNE DI RESIDENZA		C A P	VIA/PIAZZA/CORSO		



20123 – Milano
Via Maurizio Gonzaga, 6
tel +39 02 8893 230
direzione.regionale.lombardia@postacert.inps.gov.it

3	COGNOME E NOME	CARICA RIVESTITA	DATA NASCITA	DI	COMUNE
CODICE FISCALE			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
COMUNE DI RESIDENZA		C A P	VIA/ PIAZZA/ CORSO		

4	COGNOME E NOME	CARICA RIVESTITA	DATA NASCITA	DI	COMUNE
CODICE FISCALE			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
COMUNE DI RESIDENZA		C A P	VIA/ PIAZZA/ CORSO		

5	COGNOME E NOME	CARICA RIVESTITA	DATA NASCITA	DI	COMUNE
CODICE FISCALE			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
COMUNE DI RESIDENZA		C A P	VIA/ PIAZZA/ CORSO		

consapevole che la falsità in atti e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che, laddove dovesse emergere la non veridicità di quanto qui dichiarato, si avrà la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti ai sensi dell'art. 75 del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e l'applicazione di ogni altra sanzione prevista dalla legge, nella predetta qualità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445/2000



20123 – Milano
Via Maurizio Gonzaga, 6
tel +39 02 8893 230
direzione.regionale.lombardia@postacert.inps.gov.it

CHIEDE

di partecipare alla gara indicata in oggetto

[selezionare la casella corrispondente al regime soggettivo di partecipazione alla procedura]

☐ come operatore economico monosoggettivo

[ovvero]

☐ come consorzio con le seguenti imprese consorziate:

	Denominazione	Sede legale	Città	P.I./C.F.	P.E.C.
1					
2					
3					
4					
5					
6					

[ovvero]

☐ quale [mandatario] [mandante] in raggruppamento temporaneo di concorrenti tipo:

° orizzontale

° verticale

° misto

con le seguenti imprese concorrenti e con la seguente ripartizione dell'appalto tra le medesime, ai sensi dell'art. 48, del D.Lgs.50/16:

[quadro da compilare solo in caso di raggruppamento temporaneo o consorzio, costituendi o costituiti. In tal caso, per ciascuna impresa occorrerà indicare la denominazione, la sede legale e le parti di appalto che la medesima eseguirà]

Impresa Mandataria	Parte dell'appalto di competenza	Percentuale di esecuzione

Impresa Mandante	Parte dell'appalto di competenza	Percentuale di esecuzione
-------------------------	-----------------------------------------	----------------------------------



20123 – Milano
Via Maurizio Gonzaga, 6
tel +39 02 8893 230
direzione.regionale.lombardia@postacert.inps.gov.it

Impresa Mandante	Parte dell'appalto di competenza	Percentuale di esecuzione

[ovvero]

☐ quale [organo comune] [impresa aderente alla rete] nell'ambito di un'aggregazione tra imprese aderenti al contratto di rete tipo:

° dotata di organo comune con potere di rappresentanza e di soggettività giuridica

° dotata di organo comune con potere di rappresentanza, ma priva di soggettività giuridica

° sprovvista di un organo comune ovvero con organo comune privo del potere di rappresentanza o che non possa svolgere il ruolo di mandataria

con le seguenti imprese aderenti alla rete e con la seguente ripartizione dell'appalto tra le medesime:

[quadro da compilare solo in caso di aggregazione tra imprese aderenti al contratto di rete. In tal caso, per ciascuna impresa occorrerà indicare la denominazione, la sede legale, e la parti di appalto che la medesima eseguirà]

Organo comune	Parte dell'appalto di competenza	Percentuale di esecuzione

Impresa aderente alla rete	Parte dell'appalto di competenza	Percentuale di esecuzione



20123 – Milano
Via Maurizio Gonzaga, 6
tel +39 02 8893 230
direzione.regionale.lombardia@postacert.inps.gov.it

--	--	--

[ovvero]

☐ come G.E.I.E.

☐ SI

☐ NO

ALLEGA

N. ____ modello/i DGUE^(*)

e

DICHIARA

- che nell'anno antecedente la data di invio della Lettera di invito non vi sono stati soggetti cessati dalle cariche societarie indicate nell'art. 80, comma 3, del Codice, **ovvero allega, per ciascuno degli eventuali soggetti cessati dalle cariche societarie suindicate nell'anno antecedente la data di invio della citata Lettera di invito, il relativo Modello DGUE;**
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del d.lgs.30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

[Luogo e Data]_____,_____.

[firma dell'Operatore]

--

Note di compilazione:

- *la presente dichiarazione dovrà essere sottoscritta, 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, sottoscritta con firma;*
- *alla presente dichiarazione dovrà essere allegata, copia di un documento di identità di ogni sottoscrittore, in corso di validità;*



20123 – Milano
Via Maurizio Gonzaga, 6
tel +39 02 8893 230
direzione.regionale.lombardia@postacert.inps.gov.it

(*) alla presente dichiarazione dovrà essere allegato un distinto Modello DGUE da parte di ciascuna impresa Concorrente, nonché da ogni singolo operatore del RTI, del consorzio o dell'aggregazione tra imprese aderenti al contratto di rete; in caso di concorrente mono soggetto interessato a più Lotti, va presentato un solo Modello DGUE per tutti i Lotti prescelti;

