

## Modulo di partecipazione (allegato A)

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Grosseto  
tramite pec a: *info@pec.omceogrosseto.it*

**OGGETTO:** manifestazione di interesse a partecipare alla procedura per l'aggiudicazione del servizio di Cassa dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Grosseto

Il/La Sottoscritto/a.....  
Nat... a ..... Il ...../...../.....(Prov.....)  
residente in .....(Prov.....)  
Via .....  
n.....  
in qualità di .....  
della società .....  
con sede in .....  
(Prov. ....) CAP ..... via ..... n. ....  
C.F. n° ..... P.I. n° .....  
iscritta al registro delle Imprese presso la C.C.I.A.A. di ..... al n.  
..... dal ..... tel. n° ...../..... Fax  
n°...../.....  
E-mail..... PEC .....

### MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE E CHIEDE

di essere invitato alla procedura per l'aggiudicazione del servizio di Cassa dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Grosseto.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. e, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del succitato D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

### DICHIARA

- che la società di cui sopra è autorizzata a svolgere l'attività di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385”.

- che la società di cui sopra è in possesso dei requisiti di ordine generale, di idoneità professionale e di qualificazione di cui all' art. 80 del D.lgs 18.04.2016, n. 50;

- essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili L. n.68/1999;

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del d.lgs. 196/2003, e del vigente regolamento Europeo, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega copia del documento di identità.

Luogo e data, .....

Firma del Dichiarante

.....