

**Al Distretto Socio Sanitario n. 31  
Via Medici, n. 259  
98076 Sant'Agata di Militello**

**OGGETTO:** Manifestazione d'interesse per l'Azione Standard di supporto alle attività di monitoraggio e rendicontazione dei Piani d'Intervento Anziani e Infanzia – 1° e 2° Riparto di cui al decreto n. 5047 del 06.08.2015 e relativi allegati, a cui il D. S. S. n. 31 ha aderito.

### **ISTANZA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
della ditta \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_

manifesta l'interesse per l'Azione Standard in oggetto indicata.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali assunte, ai sensi dell'art. 76 del D. P. R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s. m. i., per falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

### **DICHIARA**

- di agire in nome e per conto della suddetta ditta;
- di possedere tutti i requisiti per contrarre con la pubblica amministrazione;
- di essere iscritta al registro delle imprese presso la C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_
- al n. \_\_\_\_\_;
- di avere capacità economico-finanziaria in riferimento all'oggetto ed al valore del servizio da svolgere;
- di disporre, per lo svolgimento dell'Azione Standard, di personale in possesso di idonea laurea specialistica o vecchio ordinamento.

Allega il curriculum delle esperienze lavorative della ditta nella materia oggetto del servizio oggetto del presente avviso non inferiore a tre anni con competenze teorico-pratiche maturate nell'attività di monitoraggio e/o rendicontazione a supporto di Amministrazioni Centrali, Regionali o Comunali titolari/beneficiari di interventi dei Programmi Operativi cofinanziati dai Fondi Strutturali ovvero a supporto di Programmi di Attuazione del Fondo Sviluppo Coesione (ex FAS).

Allega documento di identità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e firma

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti della legge sulla privacy, che i dati personali saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene resa e ne autorizza il trattamento.

Dichiara, inoltre, di accettare le norme previste dall'avviso pubblico del Distretto Socio Sanitario n. 31.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e firma