

ALLEGATO 1

INDAGINE DI MERCATO FINALIZZATA ALLA INDIVIDUAZIONE DI UN ENTE GESTORE DI UN
“SERVIZIO AMBULATORIALE PER IL TRATTAMENTO E L’ASSISTENZA A UTENTI/PAZIENTI
DIPENDENTI DA ALCOOL, FARMACI PSICOTROPI, GIOCO D’AZZARDO PATOLOGICO E
DEI LORO FAMILIARI, RESIDENTI NEL COMPRESORIO SANITARIO DI BOLZANO ED
ISCRITTI AL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE ED ATTIVITÀ DI SUPPORTO E
VOLONTARIATO”

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL DPR. 445/2000

Alla Ripartizione Salute
della Provincia Autonoma di Bolzano
via Canonico Michael Camper 1
39100 Bolzano

Il /La sottoscritto/a
nato/a a il
residente nel Comune di(.....) Stato
via n.....
in qualità di
Numero Partita Iva
Codice Fiscale
Tel. Fax
Indirizzo e-mail

CHIEDE

di partecipare all’indagine di mercato di cui in oggetto e

DICHIARA

che

- 1) non si trova in alcuna delle situazioni di esclusione previste dall’art. 38 del D.Lgs. 163/2006 e s.m.i. ed in ogni altra situazione che comporti il divieto di contrattare con la pubblica amministrazione;
- 2) elegge, come domicilio per la ricezione di ogni eventuale comunicazione inerente all’indagine in oggetto e/o di richieste di chiarimento e/o integrazione della documentazione presentata, il seguente indirizzo:
.....
Fax
Indirizzo e-mail.....;

con sede a _____(luogo).

- 3) è a conoscenza che i dati forniti verranno trattati, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i, esclusivamente per le finalità connesse all’espletamento dell’indagine di mercato di cui in oggetto.

Data:

Firma e timbro

Apporre la firma leggibile e per esteso del dichiarante. Alla presente dichiarazione deve essere allegata, **a pena di esclusione**, copia fotostatica non autenticata di un documento di riconoscimento del sottoscrittore, ai sensi dell’art. 38, comma 3 e dell’art.45 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

ANLAGE 1

**MARKTERHEBUNG ZUR ERMITTLUNG EINER GESCHÄFTSFÜHRENDEN EINRICHTUNG EINES
„AMBULANTEN DIENSTES FÜR DIE BEHANDLUNG UND BETREUUNG VON
NUTZERN/PATIENTEN MIT ALKOHOL-, UND MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT UND
SPIELSUCHT UND DEREN FAMILIENANGEHÖRIGEN, DIE IM GESUNDHEITSBEZIRK BOZEN
ANSÄSSIG UND IM LANDESGESUNDHEITSDIENST EINGETRAGEN SIND, SOWIE
UNTERSTÜTZUNGS- UND VOLONTARIATSTÄTIGKEITEN“**

ERSATZERKLÄRUNG LAUT DES DPR 445/2000

An die Abteilung Gesundheit
der Autonomen Provinz Bozen
Kanonikus-Michael-Gamper
Straße 1
39100 Bozen

Der/die Unterfertigte
geboren in am
wohnhalt in der Gemeinde(.....) Land
Straße Nr.
In ihrer/seiner Eigenschaft als
Steuerkodex:
Telefon: Telefax:
E-Mail-Adresse:

ERSUCHT

um die Teilnahme an der im Betreff genannten Markterhebung und

ERKLÄRT

dass

1. sich nicht in irgendeiner der Ausschlussgründe gemäß Art. 38 des G.v.D. Nr. 163/2006 i.d.g.F. und in keiner anderen Situation, welche das Verbot des Vertragsabschlusses mit der öffentlichen Verwaltung zur Folge hat, befindet;
2. die folgende Adresse, als Dienstanschrift für den Erhalt jeglicher etwaigen Kommunikation, die mit der gegenwärtigen Markterhebung zusammenhängt und/oder für Rückfragen und/oder Ergänzungen der vorgelegten Unterlagen, bestimmt:

.....
Fax
E-Mail-Adresse.....;

- (Ort) eingeschrieben ist.....
3. zur Kenntnis nimmt, dass die mitgeteilten Daten, im Sinne des G.v.D. 196/2003 i.d.g.F., ausschließlich für die mit der Durchführung der im Betreff genannten Marktforschung verbundenen Zwecke verwendet werden.

Datum:

Stempel und Unterschrift

Lesbare und vollständige Unterschrift der erklärenden Person. Die vorliegende Erklärung ist nach DPR vom 28.12.2000 Nr. 445, Artikel 38, Absatz 3 und Artikel 45 eine einfache Kopie eines Personalausweises des Zeichnungsberechtigten beizulegen, In Ermangelung dessen **zwingend der Ausschluss** erfolgt