

**ALLEGATO 1**

**INDAGINE DI MERCATO FINALIZZATA ALLA INDIVIDUAZIONE DI UN ENTE GESTORE DI UN  
"SERVIZIO PER LA CONSULENZA E L'ASSISTENZA A UTENTI/PAZIENTI DIPENDENTI DA  
ALCOOL, FARMACI PSICOTROPI, GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO E DEI LORO  
FAMIGLIARI, RESIDENTI NEL COMPRESORIO SANITARIO DI MERANO ED ISCRITTI AL  
SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE, NONCHÉ ATTIVITÀ DI SUPPORTO"**

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 „DIENSTES FÜR DIE BERATUNG UND DIE BETREUUNG VON NUTZERN/PATIENTEN  
MIT ALKOHOL-, UND MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT UND SPIELSUCHT UND DEREN  
FAMILIENANGEHÖRIGEN, DIE IM GESUNDHEITSBEZIRK MERAN ANSÄSSIG UND IM  
LANDESGESUNDHEITSDIENST EINGETRAGEN SIND, SOWIE  
UNTERSTÜTZUNGSTÄTIGKEITEN“**

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 .....  
wohnhaft 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