

**Facsimile**

MODULO PER LA PARTECIPAZIONE ALLA  
MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'APPROVVIGIONAMENTO DI GAMETI  
PER TECNICHE DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)  
IN FAVORE DELL'AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N. 5 FRIULI  
OCCIDENTALE, DELL'AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI DELLA  
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO E DELL'AZIENDA SANITARIA DELLA  
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
*(legale rappresentante o chi per esso)*

Dell'ISTITUTO \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di partecipare alla manifestazione di interesse in oggetto e a tal fine sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dall'art. n. 496 c.p.

**DICHIARA**

in nome e per conto del suddetto Istituto quanto segue:

- a) che nei confronti dell'Istituto non ricorre alcuna delle cause di esclusione previste dal D.lgs. 50/2016, art. 80 commi 1, 2, 4 e 5 né altre situazioni che, ai sensi della vigente normativa, costituiscono cause ostative per la partecipazione alla procedura in oggetto

- b) di aver preso atto di tutte le condizioni richieste per l'approvvigionamento di cui si tratta, così come riportate nell' "Avviso per manifestazione di interesse" e nell'Allegato "Scheda prescrizioni tecniche", e di impegnarsi a rispettarle nella loro interezza

Comunica inoltre i seguenti dati dell'Istituto:

Codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_

Sede legale: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(legale rappresentante o chi per esso)

**SI ALLEGA COPIA FOTOSTATICA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**

Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10, Legge 15.05.1997 n. 127.  
Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 14 tab.B) D.P.R. 642/197.