

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

\_\_\_\_\_  
(su carta intestata della richiedente)

**Spett.le**  
**Unità per il completamento della campagna vaccinale e per**  
**l'adozione di altre misure di contrasto alla pandemia**  
Via XX Settembre n. 11  
00187 – ROMA

**pec: uccv\_covid19@pec.governo.it**

**OGGETTO: Indagine di mercato volta a verificare l'interesse da parte degli Operatori Economici all'acquisto a titolo oneroso di mascherine chirurgiche, presenti presso i diversi magazzini distribuiti sul territorio nazionale a gestione SDA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ titolare/legale rappresentante dell'Impresa \_\_\_\_\_ C.F.  
\_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_ con sede legale nel Comune di  
\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ e sede  
amministrativa nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nel rispetto di quanto disposto dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., e consapevole della responsabilità in caso di affermazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., avendo presa visione dell'avviso pubblicato sito <https://www.governo.it/it/dipartimenti/unit-il-completamento-della-campagna-vaccinale-e-ladozione-di-altre-misure-di-contrasto>

**COMUNICA**

di essere interessato alla procedura specificata in oggetto e di voler partecipare in qualità di:

- Impresa individuale**
- Società commerciale**
- Società Cooperativa** iscritta all'Albo delle cooperative
- Consorzio stabile**
- Riunione Temporanea di Imprese o Consorzio, costituiti o da costituire** (indicare denominazione, ragione sociale e sede legale di ciascun soggetto partecipante al RTI o consorzio, la ditta individuata quale mandataria, le parti del servizio eseguite dalle singole

imprese) \_\_\_\_\_ e che nessuna delle imprese indicate partecipa in qualsiasi altra forma alla presente gara;

- Consorzio** – anche stabile – (indicare denominazione e sede legale delle ditte consorziate per le quali si concorre e di quelle indicate quali esecutrici del servizio) \_\_\_\_\_ e che nessuna delle imprese indicate partecipa in qualsiasi altra forma alla presente gara;
- Consorzio di Cooperative** iscritte all’Albo delle cooperative;
- Riunione Temporanea di cooperative** iscritte all’Albo delle cooperative;
- Concorrente che si avvale di impresa ausiliaria**
- Operatore economico stabilito in altro Stato membro**

**DICHIARA**

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di esclusione dalla partecipazione alle procedure di affidamento previste dall’art. 80 del D.Lgs. 50/2016;
- di essere iscritto nel registro delle imprese della camera di commercio, industria e artigianato e agricoltura;
- di essere iscritto all’INPS di ..... (.....) matricola n. .... e all’INAIL di ..... (..) con codice ditta n. ....;
- di avere alle proprie dipendenze n. .... dipendenti ai quali si applica il/i seguente/i contratto/i di lavoro .....

**CHIEDE**

di partecipare alla procedura in oggetto in quanto titolare dei requisiti necessari stabiliti dall’Amministrazione.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*luogo, data*

IL TITOLARE O LEGALE RAPPRESENTANTE<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
*timbro, firma*

<sup>1</sup> Allegare copia di un documento d’identità/riconoscimento in corso di validità.