

Domanda di partecipazione

(compilare questo modulo o riportare su carta intestata)

(sottoscrivere con firma non autenticata purché accompagnata da copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore, ai sensi di quanto previsto dall'Art. 38 del DPR 445/2000)

Spett.le ASPO Spa
Via Indonesia, n. 9 – Z.I. Sett. 2
07026 Olbia (SS)
PEC: info@pec.aspo.it

Oggetto: SISTEMA DI QUALIFICAZIONE - Istituzione di un Sistema di qualificazione di Imprese fornitrici di gasolio, ad uso autotrazione

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ___/___/___
C.F. _____ residente nel Comune di _____, Via
_____ n. ___ in qualità di (*carica sociale*) _____
dell'Impresa _____

CHIEDE di essere iscritto nell'Elenco istituito con il Sistema di Qualificazione di Imprese fornitrici di gasolio, ad uso autotrazione, come:

- Impresa individuale** (Art. 45, comma 2, lett.a) del D.Lgs n. 50/2016 e s.m.i.);
oppure
- Società**, specificare tipo _____;
oppure
- Consorzio fra società cooperativa di produzione e lavoro** (Art. 45, comma 2, lett. b) del D.Lgs 50/2016 e s.m.i.);
oppure
- Consorzio tra Imprese artigiane** (Art. 45, comma 2, lett. b) del D.Lgs 50/2016 e s.m.i.);
oppure
- Consorzio stabile** (Art. 45, comma 2, lett. c) del D.Lgs 50/2016 e s.m.i.);
oppure
- Mandataria** **Mandante** di un raggruppamento temporaneo (*specificare se tipo orizzontale, verticale, misto*) _____ costituito non costituito (Art. 45, comma 2, lett. d) del D.Lgs 50/2016 e s.m.i.);
oppure
- Mandataria** **Mandante** di un consorzio ordinario costituito non costituito (Art. 45, comma 2, lett. e) del D.Lgs 50/2016 e s.m.i.);
oppure
- Aggregazione di Imprese di rete** (Art. 45, comma 2, lett. f) del D.Lgs 50/2016 e s.m.i.);
oppure
- GEIE** (Art. 45, comma 2, lett. g) del D.Lgs 50/2016 e s.m.i.).

A tal fine, ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art.76 dello stesso Decreto, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- che le generalità dell'Impresa sono le seguenti:

natura giuridica: _____ ragione sociale: _____

sede legale: Via _____ n. _____ CAP _____ Città _____

sede operativa: Via _____ n. _____ CAP _____ Città _____

n. telefono _____ n. fax _____ indirizzo e-mail: _____

indirizzo pec: _____ cod. fisc. e P.Iva _____

indirizzo attività (campo obbligatorio solo per le aziende artigiane):

recapito corrispondenza (sede legale o sede operativa):

tipo di impresa (impresa o lavoratore autonomo):

Iscrizione nel Registro delle Imprese della Camera di Commercio, Industria, Agricoltura e Artigianato di: (per le ditte straniere, residenti in Stati membri dell'Unione Europea, indicare il competente registro professionale o commerciale dello Stato di appartenenza, indicato nell'Allegato VI alla L.R. n. 5/2007)
_____, per le seguenti attività:

numero di iscrizione _____ data di iscrizione _____ durata della ditta/data

termine _____ forma giuridica _____ C.C.N.L. applicato

_____ settore attività _____

INAIL Codice ditta _____ INAIL Posizioni assicurative territoriali

_____ INAIL Sede competente _____

INPS Matricola azienda _____ INPS Sede competente _____

INPS Posizione contributiva individuale titolare /soci imprese artigiane _____ INPS Sede

competente _____ Agenzia delle Entrate sede competente e fax _____

_____ Sede Tribunale fallimentare: indirizzo e fax _____

_____ Ufficio competente e fax adempimenti L. 68/1999 (assunzione

disabili) _____ Ufficio competente e fax adempimenti L. 383/2001 (piani

di emersione) _____

- Che le generalità (*da indicare a pena d'esclusione*) del Titolare o Direttore Tecnico (*in caso di Impresa individuale*), di un Socio o del Direttore Tecnico (*nel caso di società in nome collettivo*), le generalità dei Soci accomandatari o Direttore Tecnico (*nel caso di società in accomandita semplice*), dei membri del C.d.A. cui sia conferita la legale rappresentanza ivi compresi Institori e Procuratori generali, dei membri degli Organi con poteri di direzione o di vigilanza o dei Soggetti muniti del potere di rappresentanza, di direzione o di controllo, del Direttore Tecnico o del Socio unico persona fisica, ovvero del Socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro Soci (*nel caso di altro tipo di società o consorzio*), sono le seguenti (indicare nominativo, cod. fisc, luogo e data di nascita, qualifica o carica):

NOME E COGNOME Cod. Fisc.	DATA E LUOGO DI NASCITA	QUALIFICA RIVESTITA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- *in caso di cessazioni dalle cariche*: che nell'anno antecedente (**barrare, a pena di esclusione, la casella che interessa**):
 - non è stato sostituito né è cessato dalla carica uno o più dei seguenti soggetti così come individuati all'Art. 80, comma 3, del D.Lgs n. 50/2016 e s.m.i.;
 - è intervenuta la sostituzione o la cessazione dei seguenti soggetti (indicare nominativo, cod. fisc, luogo e data di nascita, qualifica o carica):

NOME E COGNOME Cod. Fisc.	DATA E LUOGO DI NASCITA	QUALIFICA RIVESTITA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- che non sussistono motivi di esclusione di cui all'Art. 80 del D.Lgs n. 50/2016 e s.m.i. relativa alla società concorrente ed a tutti i soggetti di cui al comma 3 dello stesso articolo;
- che l'Impresa è in possesso dei requisiti richiesti dal Disciplinare di Qualificazione;
- di assumersi ogni responsabilità civile e penale derivanti da: infortuni a propri dipendenti, a dipendenti e/o addetti dell'ASPO Spa o a terze persone, verificatisi durante o in occasione delle eventuali operazioni di fornitura all'interno del deposito aziendale; eventuali danni, anche indirettamente causati a cose di proprietà dell'ASPO spa o di terzi;
- di essere in possesso dei requisiti relativi all'organizzazione aziendale per la tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori e il rispetto della legislazione vigente in materia di sicurezza sul lavoro;

- che il domicilio eletto per le comunicazioni, ai sensi dell'Art. 76 del D.Lgs 50/2016 e s.m.i., è il seguente:

PEC _____; Nominativo del Referente preposto a seguire la
procedura di gara: _____ Tel. / Fax _____;

- (in caso di avvalimento, Art. 89 del D.Lgs 50/2016 e s.m.i.):
 - che, per partecipare alle procedure di gara intende avvalersi dei requisiti dell'Impresa (indicare la denominazione) _____, appresso indicati (indicare i requisiti): _____

Gli Operatori Economici aventi sede, residenza o domicilio nei Paesi inseriti nelle c.d. "black list" di cui al Decreto del Ministro delle Finanze del 4 maggio 1999 e al Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 21 novembre 2001 **Dichiarano:**

- Di essere in possesso dell'autorizzazione in corso di validità rilasciata ai sensi del D.M. 14 dicembre 2010 del Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'Art. 37 del D.L. n. 78 del 3 maggio 2010.

I Concorrenti che presentano la domanda di iscrizione in RTI o Consorzi **Dichiarano:**

- L'impegno da parte di tutte le Imprese, in casi di aggiudicazione delle future procedure negoziate, a conformarsi alla disciplina di cui all'Art. 48 del D.Lgs n. 50/2016 e s.m.i.

Dichiara, altresì, di essere informati che il trattamento dei dati raccolti si svolgerà conformemente alle disposizioni contenute nel Regolamento UE 2016/679 per finalità unicamente connesse alla procedura di affidamento oggetto della presente.

Luogo e data _____

Firma
