

PSR PUGLIA 2007-2013 FONDO FEASR- ASSE IV- MISURA 313- AZIONE 2 “CENTRO POLIFIUNZIONALE DI ACCOGLIENZA ED INFORMAZIONE TURISTICA”, DA EFFETTUARSI SU PARTE DELL’IMMOBILE DENOMINATO EX STABILIMENTO ENOLOGICO “DENTICE DI FRASSO” SITO IN SAN VITO DEI NORMANNI ALLA VIA BRINDISI – Stazione Appaltante Gal Alto Salento Scrl – Ostuni (BR) –

**AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER
L’ESPLETAMENTO DI PROCEDURA NEGOZIATA (ai sensi dell’art.57 comma 6 e
dell’art.122 comma 7 D.Lgs. 163/2006 e ss.ii.mm.).**

**REALIZZAZIONE DEL PROGETTO “CENTRO POLIFIUNZIONALE DI
ACCOGLIENZA ED INFORMAZIONE TURISTICA”, DA EFFETTUARSI SU
PARTE DELL’IMMOBILE DENOMINATO EX STABILIMENTO ENOLOGICO
“DENTICE DI FRASSO” SITO IN SAN VITO DEI NORMANNI ALLA VIA
BRINDISI – PSR PUGLIA 2007-2013 FONDO FEASR- ASSE IV- MISURA 313
“Incentivazione di attività turistiche”- AZIONE 2 “Centro di Informazione turistica”
(VALORE COMPLESSIVO DELL’APPALTO € 330.000,00
di cui € 318.449,87 per lavori + € 11.550 oneri della sicurezza non soggetti a ribasso oltre IVA)**

CUP J78J13000030009

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

(artt. 46, 47 e 76, D.P.R. n. 445/2000)

IL SOTTOSCRITTO _____

Nato a _____ il _____

residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via/Piazza _____

Tel. _____ Fax. _____ E-mail _____

in qualità di Rappresentante Legale dell’operatore economico _____

tipologia¹: _____

con sede legale in _____ Prov. _____ CAP _____

Via/Piazza _____

Tel. fisso/mobile _____ Fax. _____

E-mail _____ PEC _____

con sede operativa _____ Prov. _____ CAP _____

Via/Piazza _____

¹ Ditta, Impresa, Società, Raggruppamento, ecc.

PSR PUGLIA 2007-2013 FONDO FEASR- ASSE IV- MISURA 313- AZIONE 2 "CENTRO POLIFUNZIONALE DI ACCOGLIENZA ED INFORMAZIONE TURISTICA", DA EFFETTUARSI SU PARTE DELL'IMMOBILE DENOMINATO EX STABILIMENTO ENOLOGICO "DENTICE DI FRASSO" SITO IN SAN VITO DEI NORMANNI ALLA VIA BRINDISI – Stazione Appaltante Gal Alto Salento Srl – Ostuni (BR) –

Tel. fisso/mobile _____ Fax. _____

E-mail _____ PEC _____

Codice fiscale: _____ P.I.: _____

con domicilio² in _____ Prov. _____ CAP _____

Via/Piazza _____

Tel. _____ Fax.attivo _____

E-mail _____ PEC _____

DICHIARA

di manifestare l'interesse a partecipare all'AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, mediante procedura negoziata ai sensi ai sensi dell'art.57 comma 6 e dell'art,122 comma 7 D.Lgs. 163/2006 e ss.ii.mm.,

a tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di affermazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del d.p.r. 445/2000 e ss.mm.ii., nonché delle conseguenze amministrative di esclusione dalle gare di cui al d.lgs. 163/2006 e ss.mm.ii.

DICHIARA CHE³

<input type="checkbox"/>	è ammesso a partecipare alle procedure di affidamento dei contratti pubblici, ai sensi dell'art. 34 del d.lgs. n. 163/2006 s.m.i.;
<input type="checkbox"/>	non si trova in alcuna delle situazioni di esclusione dalla partecipazione alla gara di cui all'art. 38 del D. Lgs. 163/2006.;
<input type="checkbox"/>	che la impresa/società/consorzio/ente non si trova in stato di fallimento, liquidazione o situazioni equivalenti e che non sono pendenti domande di concordato né di amministrazione controllata;
<input type="checkbox"/>	che la impresa/società/consorzio/ente è in regola con gli obblighi relativi al pagamento delle imposte, dirette e indirette, e delle tasse, secondo la legislazione italiana o quella del Paese di stabilimento;
<input type="checkbox"/>	che la impresa/società/consorzio/ente è ottemperante alle disposizioni recate dalla L. 12.03.1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" <i>oppure</i> , che la impresa/società/consorzio/ente non è soggetta agli obblighi di cui alla L. 12.03.1999, n. 68; <i>INDICARE LA MOTIVAZIONE DI NON ASSOGGETTAMENTO.</i>

² In caso di operatore economico pluri-soggettivo, l'elezione di domicilio è richiesta al solo capogruppo/mandatario.

³ BARRARE CON UNA X LE SINGOLE CASELLE DI INTERESSE ED INSERIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE CANCELLANDO LE PARTI NON PERTINENTI.

PSR PUGLIA 2007-2013 FONDO FEASR- ASSE IV- MISURA 313- AZIONE 2 “CENTRO POLIFUNZIONALE DI ACCOGLIENZA ED INFORMAZIONE TURISTICA”, DA EFFETTUARSI SU PARTE DELL’IMMOBILE DENOMINATO EX STABILIMENTO ENOLOGICO “DENTICE DI FRASSO” SITO IN SAN VITO DEI NORMANNI ALLA VIA BRINDISI – Stazione Appaltante Gal Alto Salento Srl – Ostuni (BR) –

<input type="checkbox"/>	<p>nei propri confronti e nei confronti (eliminare le opzioni che non si riferiscono alla propria situazione aziendale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - del titolare e del direttore tecnico, ove presente (se si tratta di impresa individuale) - del socio e del direttore tecnico, ove presente (se si tratta di società in nome collettivo) - dei soci accomandatari e del direttore tecnico, ove presente (se si tratta di società in accomandita semplice) - degli amministratori muniti di potere di rappresentanza e del direttore tecnico, ove presente (se si tratta di altro tipo di società o consorzio) <p>e segnatamente i Signori (indicare nome e cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale e qualifica rivestita dei soggetti ai quali si riferisce la dichiarazione sottostante)</p> <p>_____</p> <p>_____;</p>
<input type="checkbox"/>	<p>non è pendente alcun procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 6 del D.Lgs. n. 159/2011 e non sussiste alcuna delle cause ostative di cui all'art. 67 del D. Lgs. n. 159/2011;</p>
<input type="checkbox"/>	<p>è iscritto dal _____ al Registro della Imprese presso la CCIAA di _____, al numero _____ per attività di _____;</p>
<input type="checkbox"/>	<p>-di essere in possesso/non essere in possesso dell’attestazione di qualificazione per l’esecuzione dei lavori pubblici - in corso di validità - rilasciata da Società di Attestazione (SOA), regolarmente autorizzata, ex D.P.R. n. 207/2010 nella categoria OGII – per un importo pari alla classifica III</p> <p>Eventuale avalimento con _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>di non essersi avvalso dei piani individuali di emersione di cui alla legge n. 383/2001 ovvero di essersene avvalso, ma che il periodo di emersione si è concluso</p>
<input type="checkbox"/>	<p>che la impresa/società/consorzio/ente è titolare del conto corrente dedicato, ai sensi dell’art. 3. (Tracciabilità dei flussi finanziari) della L. 13 agosto 2010, n. 136, identificato dal codice IBAN _____, su cui è/sono autorizzato/i a operare:</p> <p>(nome e cognome) _____, CF _____</p> <p>(nome e cognome) _____, CF _____</p> <p>(nome e cognome) _____, CF _____;</p>
<input type="checkbox"/>	<p>è in regola con l’assolvimento degli obblighi di versamento dei contributi assicurativi INPS ed INAIL stabiliti dalle vigenti disposizioni e comunica i seguenti dati:</p> <p>I – IMPRESA</p> <p>1 Codice Fiscale _____ <i>E-mail</i> _____</p> <p>2 Denominazione / ragione sociale _____</p> <p>3 Sede legale cap. _____ Comune _____</p> <p>Via/Piazza _____ n. _____</p> <p>4 Sede operativa cap. _____ Comune _____</p> <p>Via/Piazza _____ n. _____</p> <p>5 Recapito corrispondenza _ sede legale _ sede operativa</p>

PSR PUGLIA 2007-2013 FONDO FEASR- ASSE IV- MISURA 313- AZIONE 2 "CENTRO POLIFUNZIONALE DI ACCOGLIENZA ED INFORMAZIONE TURISTICA", DA EFFETTUARSI SU PARTE DELL'IMMOBILE DENOMINATO EX STABILIMENTO ENOLOGICO "DENTICE DI FRASSO" SITO IN SAN VITO DEI NORMANNI ALLA VIA BRINDISI – Stazione Appaltante Gal Alto Salento Srl – Ostuni (BR) –

<p>6 Tipo impresa _____</p> <p>7 Tipo ditta (barrare con una X la casella interessata):</p> <p><input type="checkbox"/> Datore di lavoro; <input type="checkbox"/> Gestione separata – committente/associante;</p> <p><input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo; <input type="checkbox"/> Gestione Separata - Titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione</p> <p>8 C.C.N.L. applicato: specificare _____</p> <p>II - ENTI PREVIDENZIALI</p> <p>INAIL - codice ditta _____ Posizioni assicurative territoriali _____</p> <p>INPS - matricola azienda _____ Sede competente _____</p>
--

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del decreto legislativo n. 196/2003, che i dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data, _____

Timbro e firma del dichiarante

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DEL DICHIARANTE IN CORSO DI VALIDITA'