ALLEGATO 1

**MODULO DICHIARAZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

*Trasmissione a mezzo PEC al seguente indirizzo:*

[protocollo@pec.comune.lentini.sr.it](mailto:protocollo@pec.comune.lentini.sr.it)

*Al Comune di Lentini*

*7°Settore -Ufficio Tutela animali e prevenzione randagismo*

*Via Tolmino-*

*96016 Lentini-*

Pec: [randagismo@pec.comune.lentini.sr.it](mailto:randagismo@pec.comune.lentini.sr.it)

|  |  |
| --- | --- |
| **OGGETTO:** | ***ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PUBBLICO DI “MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA CONCESSIONE D’USO DELL’AMBULATORIO PER ANNI DUE 2025/26 PER INTERVENTI DI MICROCHIPPATURA E DI STERILIZZAZIONE E PER ATTIVITA’ DI PRIMO SOCCORSO PER CANI E GATTI VAGANTI E RANDAGI RINVENUTI NEL TERRITORIO DEL COMUNE DI LENTINI”.*** |

Il /la sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di Direttore Sanitario dell’ambulatorio veterinario con sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail/pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 

# CHIEDE

di partecipare alla manifestazione di interesse in oggetto per la concessione d’Uso di Ambulatorio Veterinario per gli anni 2025/2026 per interventi da parte del servizio veterinario dell’ASP Locale di microchippatura,, sterilizzazione e di primo soccorso a cani e gatti rinvenuti nel territorio del Comune di Lentini.

A tal fine ai sensi degli articoli 46, 47 e 77-bis del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e successive modifiche, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R.

n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

# DICHIARA:

1. Di essere in possesso dei requisiti di ordine generale e di non avere motivi di esclusione di cui all'art. 94 del D. Lgs. 36/ 2023;
2. di essere in possesso dei requisiti di idoneità professionale ai sensi dell’art.100 di cui al D. Lgs. 36/ 2023 ;
3. di essere in possesso dei requisiti di capacità tecnica prescritti nell’avviso di manifestazione di interesse;
4. che l'ambulatorio è in possesso delle seguenti autorizzazioni:

* Certificato di Agibilità dei locali
* Certificato di Conformità degli Impianti
* Autorizzazione Sanitaria
* Contratto per lo smaltimento dei rifiuti sanitari e tossico-nocivi.

1. di essere a conoscenza che la presente istanza non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo la Stazione appaltante che sarà libera di seguire anche altre procedure e che la stessa Stazione appaltante si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di sua esclusiva competenza, il procedimento avviato, senza che i soggetti istanti possano vantare alcuna pretesa;
2. di essere a conoscenza che la presente istanza non costituisce prova di possesso dei requisiti generali e speciali richiesti per l'affidamento del servizio.

Si allega alla presente istanza:

* Dichiarazione sostitutiva (art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)
* Dichiarazione di offerta economica
* Elenco tariffe speciali per interventi sanitari
* Certificato di Agibilità dei locali
* Certificato di Conformità degli Impianti
* Autorizzazione Sanitaria
* Copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante;

LENTINI,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DIGITALE DEL RICHIEDENTE

N.B.: La dichiarazione, a pena di nullità, deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il /la sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di Direttore Sanitario dell’ambulatorio veterinario con sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail/pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci decade dai benefici ottenuti e incorre nelle sanzioni penali previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli articoli 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000 e dell'art. 15, comma 1, della Legge n. 183/2011

DICHIARA

1. di essere in possesso del seguente documento di riconoscimento, in corso di validità: n. del documento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciato da: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:
2. di essere in possesso del titolo di laurea: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università degli Studi di:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di essere iscritto presso l'Ordine professionale dei: MEDICI VETERINARI della Provincia di: \_\_\_\_\_ numero di iscrizione Albo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. di essere titolare/Direttore Sanitario dell'ambulatorio Veterinario Sito in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ai sensi della legge 675/96 autorizza la raccolta dei presenti dati ai soli fini del procedimento in corso.

Data ........................................

..................................................................

FIRMA DIGITALE DEL RICHIEDENTE

N.B.: La dichiarazione, a pena di nullità, deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore.

**OFFERTA ECONOMICA**

OGGETTO: Dichiarazione di Offerta Economica per la concessione d'uso di Ambulatorio Veterinario per gli anni 2025/26 per interventi di microchippatura e sterilizzazione di cani randagi e vaganti, rinvenuti nel territorio del Comune di Lentini da parte del servizio veterinario dell’ASP 8-SR

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di TITOLARE/DIRETTORE SANITARIO

dei locali AMBULATORIO VETERINARIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.\_\_\_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

partita IVA n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con riferimento alla procedura di Avviso Pubblico di cui in oggetto,

OFFRE

per quanto sopra esposto, una tariffa giornaliera di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in lettere\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, al netto dell'IVA

Data ........................................

..................................................................

Firma digitale

N.B.: La dichiarazione, a pena di nullità, deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore.