



*Spettabile Fondazione Montagna sicura - Montagne sûre*

*Località Villard de la Palud 1*

*11013 Courmayeur (AO)*

**MODELLO “ALLEGATO A”**

**OGGETTO:** **Avviso per l’acquisizione di manifestazioni di interesse finalizzate all’individuazione e alla selezione di Operatori economici per l’affidamento diretto del Servizio di** **docenza relativamente alle attività comprese nel progetto ID 2554351 “CIME - Cooperazione per l’innovazione della medicina di montagna”, finanziato dal programma di cooperazione transfrontaliera Italia-Svizzera 2014/2020 - CUP E75F21000950007**

**Il/La sottoscritto/a**

|  |  |
| --- | --- |
| *Cognome* |  |
| *Nome* |  |
| *Nato/a a* |  | *CAP* |  |
| *Il (gg/mm/aaaa)* |  |
| *Codice fiscale n.* |  |
| *Residente in*  |  | *CAP* |  |
| *Via/Frazione/Piazza* |  |
| *Partita IVA n.* |  |
| *Telefono* |  |
| *E-mail* |  |
| *PEC* |  |

**TRASMETTE LA PRESENTE ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’AFFIDAMENTO DIRETTO DEL SERVIZIO IN OGGETTO, SEGNALANDO, IN PARTICOLARE, L’INTERESSE PER LE DOCENZE RELATIVE ALLE SEGUENTI PATOLOGIE (UNA O PIU’ RISPOSTE POSSIBILI):**

 Ipossia

 Ipotermia e congelamenti

 Traumi

 Infarto

 AVC

**Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000**

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 s.m.i., nonché delle conseguenze amministrative di esclusione dalle gare di cui al Decreto Legislativo n. 50 del 18 aprile 2016 e alla normativa vigente in materia, per le ipotesi di falsità di atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità,

* di essere il legale rappresentante e di avere idonei poteri per la sottoscrizione degli atti;
* di rientrare nella categoria degli Operatori economici di cui all’art. 45 del d.lgs. n. 50/2016;
* di essere regolarmente iscritto all’Ordine dei Medici Chirurghi.

Data di iscrizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’Albo Provinciale dei Medici Chirurghi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere in possesso dei seguenti requisiti di idoneità professionale e capacità tecnica e professionale richiesti nell’Avviso per la partecipazione:
* conoscenze ed esperienze specifiche in materia di almeno una delle cinque patologie individuate ed comprovate esperienze nell’ambito della formazione;
* ottima conoscenza della lingua francese e/o inglese orale;
* di essere a conoscenza e di accettare consapevolmente che con l’Avviso in oggetto non è indetta alcuna procedura di affidamento e pertanto non sono previste graduatorie, attribuzioni di punteggi o altre classificazioni di merito; pertanto gli Operatori economici, per il solo inoltro dell’offerta in risposta al presente Avviso, non potranno vantare alcun titolo, pretesa, preferenza o priorità nell’eventuale successivo affidamento;
* nei propri confronti, l’assenza di cause di esclusione di cui all’art. 80 del d.lgs. 50/2016;

 Se presenti, dichiara i seguenti precedenti penali:

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

* che non si trova nelle cause di esclusione di cui all’art. 53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001;

Se presenti, dichiara i seguenti precedenti penali:

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

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che i dati verranno trattati con le modalità previste dalla vigente normativa sulla privacy e con le finalità specificate nel regolamento.

*(luogo e data)*

Il dichiarante

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

**Allegare:**

* FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL DICHIARANTE IN CORSO DI VALIDITÀ
* CURRICULUM VITAE CON EVIDENZA DEI REQUISITI RICHIESTI
* MODULO “INFORMATIVA SULLA PRIVACY”