**Allegato C**

Spett.le

ASP AMBITO 9

Via Gramsci 95

60035 Jesi (AN)

Pec: [asp.ambitonove@emarche.it](mailto:asp.ambitonove@emarche.it)

|  |
| --- |
| **OGGETTO: PROPOSTA ECONOMICA PER IL SERVIZIO DI GESTIONE INTEGRATA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO EX D.LGS 81/2008 E SS.MM.II. PER IL TRIENNIO 2024-2026** |

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di (qualifica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e legale rappresentante della società// impresa

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

*ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art.75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445),*

**DICHIARA**

che l’impresa:

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione |  |
| Sede legale |  |
| Sede operativa |  |
| C.F. / P.I. |  |
| Indirizzo e-mail |  |
| Indirizzo PEC |  |
| Contatti telefonici |  |

1. è iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per la seguente attività \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che risulta coerente con l’oggetto dell’indagine di mercato (Codice attività \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) e attesta i seguenti dati:

* numero di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* data di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* forma giuridica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. è iscritta alla piattaforma MEPA “Acquisti in rete PA” – Abilitazione Bando “Servizi” – Categoria “Servizi di sorveglianza sanitaria” - CPV 71317210-8 “Servizi di consulenza sanitaria e di sicurezza”;
2. che non sussistono le cause di esclusione di cui agli artt. 94 e 95 del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii;
3. che non sussiste la condizione ostativa di cui all’articolo 53 comma 16- ter del D.Lgs. 165/2001;
4. di aver svolto nell’ultimo triennio i seguenti servizi analoghi a quello oggetto della presente procedura (indicare periodo e ente appaltante):

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di essere a conoscenza che la presente offerta non costituisce proposta contrattuale e, pertanto, non vincola in alcun modo l’ASP AMBITO 9 che in qualunque momento potrà interrompere la presente procedura ed intraprenderne altre, senza che i soggetti richiedenti possano vantare alcuna pretesa;
2. di essere informato/a che i dati raccolti saranno trattati in conformità a quanto previsto dal Regolamento UE/2016/679;

**E FORMULA LA SEGUENTE PROPOSTA ECONOMICA**

1. ***Sorveglianza sanitaria***



Medico competente proposto: Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome e nome)

Sede studio medico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CITTA’ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV. (\_\_\_\_\_\_)

1. ***Corsi di formazione***



1. ***Servizi Tecnici di sicurezza***



**Totale proposta economica (somma categoria a + b + c):**

**€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**In lettere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Per “importo totale” si intende l’importo che deriva dalla formula: (quantità richiesta) x (prezzo unitario offerto). Per “totale offerto per categoria” si intende la somma degli importi totali di ogni macro-categoria.

**I prezzi indicati si intendono esclusi IVA ed oneri accessori di legge (se ed in quanto dovuti).**

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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

*La presente dichiarazione deve essere accompagnata, a pena di esclusione, da copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.*

*Il documento di identità non è necessario in caso sia apposta la firma digitale.*