

**BOLLO € 16,00**

*(mediante F23)*

## **ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**

**Procedura aperta informatizzata sopra soglia comunitaria per l'affidamento del "Servizio di ricovero, custodia e mantenimento dei cani randagi del Comune di Oristano" per 24 mesi con il criterio del minor prezzo - CIG: 782519318C - CPV 98380000-0**

Spett.le Comune di Oristano

### **Il sottoscritto**

nome e cognome \_\_\_\_\_

data di nascita: \_\_\_\_\_

luogo di nascita: \_\_\_\_\_

codice fiscale: \_\_\_\_\_

### **domiciliato per la carica presso la sede sociale appresso indicata**

In qualità di:

- Presidente  
 Amministratore  
 Procuratore  
 altro (specificare) \_\_\_\_\_

e legale rappresentante della

ragione sociale: \_\_\_\_\_

con sede in: \_\_\_\_\_

codice fiscale: \_\_\_\_\_

partita IVA: \_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_

fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di partecipare alla procedura indicata in oggetto in forma:

- singola  
 associata  
 consorzio  
 RTI

aggregazione di imprese di rete

GEIE

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) in caso di R.T.I., Consorzio ordinario, aggregazione di imprese di rete GEIE:

<b>Impresa (mandataria/mandante)</b>	<b>Ragione sociale</b>	<b>Codice fiscale</b>	<b>Sede</b>

<b>Impresa (capofila/consorziata)</b>	<b>Ragione sociale</b>	<b>Codice fiscale</b>	<b>Sede</b>

2) in caso di consorzio di cooperative e imprese artigiane o di consorzio stabile di cui all'art. 45, comma 2 lett. b) e c) del Codice:

il consorziato per il quale concorre alla gara \_\_\_\_\_

**QUADRO A – DATI POSIZIONI CONTRIBUTIVE – Allegato da compilare**

**A.1 RAGIONE/DENOMINAZIONE SOCIALE**

---

**A.2 CCNL APPLICATO**

---

**A.3 DIMENSIONE AZIENDALE**

N. dipendenti

---

**A.4 DATI INAIL**

Codice ditta

---

PAT sede legale impresa

---

**A.5 DATI INPS**

matricola azienda

---

codice sede INPS

---

Firmato digitalmente