

Spett.le
COMUNE DI RONCADELLE
Ufficio Ragioneria
Via Roma 50
25030 RONCADELLE BS

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA POLIZZA RCT/O

Il/la Sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____,
Codice Fiscale _____,

in qualità di (carica sociale) _____

della società _____
con sede in _____ via _____
codice fiscale _____ n. telefono _____ n. fax _____
e-mail _____ PEC _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

a partecipare alla procedura negoziata per l’affidamento del servizio di copertura assicurativa polizza RCT/O per una durata di 34 mesi, dalle ore 24 del 30/09/2017 alle ore 24 del 31/07/2020

E

consapevole della responsabilità penale in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti degli artt. 47 e 76 del D.P.R. n. 445 DEL 28/12/2000, che la società sopra definita:

1. è in possesso dell’autorizzazione del Ministero dello Sviluppo Economico o dell’IVASS all’esercizio dei rami assicurativi per cui si chiede la partecipazione ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005;
2. è in possesso dei requisiti di idoneità professionale di cui all’art. 83, comma 1 lettera a) del D. Lgs. n. 50/2016;

3. ha realizzato, nel triennio 2013/2014/2015, una raccolta premi nel Ramo Danni pari ad almeno € 50.000.000,00;
4. ha prestato, nel triennio 2013/2014/2015, il servizio oggetto dell'indagine di mercato a favore di almeno n. 5 cinque destinatari pubblici.

Dichiara inoltre l'inesistenza delle cause di esclusione previste dall'art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016.

Firma

(Oppure) Il presente documento informatico è stato sottoscritto con firma digitale
(artt. 20 e 24 del D.Lgs 82/2005 CAD) dal Signor _____

Attenzione:

Alla domanda deve essere allegata la fotocopia del documento d'identità del/i dichiarante/i in corso di validità, ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. 445/00.