ALLEGATO 1 – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

*Spett.le*

*OSPEDALE RIABILITATIVO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE S.p.A*

*VIA PADRE LEONARDO BELLO, 3/C*

*31045 MOTTA DI LIVENZA (TV)*

**PROCEDURA NEGOZIATA PER AFFIDAMENTO SERVIZIO ASSICURATIVO DI RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E PRESTATORI DI LAVORO (RCT/O) IN FAVORE DELL’OSPEDALE RIABILITATIVO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE S.P.A. (O.R.A.S.) PER LA DURATA DI 12 MESI**

**CIG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

*(da rendere sottoscritta~~)~~*

|  |  |
| --- | --- |
|  | *NB)* |
|  | * *Il presente Modulo Allegato 1 deve essere compilato in stampatello ed in modo leggibile;* * *Al fine di garantire maggiore speditezza nell’esame della documentazione amministrativa in sede di gara e soprattutto al fine di ridurre al minimo la possibilità di errore nella compilazione, si invitano i concorrenti a formulare la domanda di partecipazione tramite la compilazione diretta del presente Modulo;* * *Il presente Modulo deve essere sottoscritto digitalmente dai soggetti indicati nelle specifiche Sezioni 1/A, 1/B, 1/C,1/D,* * *In caso la domanda sia sottoscritta da un procuratore, al presente modulo deve essere allegata copia conforme della procura;* * *Se gli spazi riservati nel presente Modulo non sono sufficienti è possibile integrarli aggiungendone altri.* |

Il sottoscritto\_

Nato (*luogo e data di nascita*):

Residente in: Via/P.zza

Comune \_Prov.

Tel n. Cellulare n. \*

Legale rappresentante dell’impresa

con sede in: Via/P.zza\_

Comune\_ Prov.

CF/P.IVA

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E- mail @

Posta elettronica certificata (PEC):

@

*\* Si prega di indicare anche un numero di cellulare per eventuali comunicazioni in sede di espletamento della gara, ove non si riesca, per qualsiasi motivo, a contattare telefonicamente la sede del partecipante*

**SEZIONE 1/A)**

**DA COMPILARE E SOTTOSCRIVERE IN CASO DI PARTECIPAZIONE DI IMPRESA SINGOLA**

**CHIEDE**

**DI PARTECIPARE ALLA PROCEDURA NEGOZIATA PER AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO ASSICURATIVO DI RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E PRESTATORI DI LAVORO (RCT/O) IN FAVORE DELL’OSPEDALE RIABILITATIVO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE S.P.A. (O.R.A.S.) PER LA DURATA DI 12 MESI**

# CIG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Firma digitale***

|  |  |
| --- | --- |
|  | *AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE:* |
|  | * *La presente* ***Sezione 1/A*** *del Modulo Allegato 1) va sottoscritta in caso di partecipazione di imprese singole (art. 65, c. 2, lett. a) del Codice)* * *Deve essere sottoscritta digitalmente dal legale rappresentante*, *o da altra persona dotata di poteri di firma, dell’impresa concorrente* |

**SEZIONE 1/B)**

**DA COMPILARE IN CASO DI PARTECIPAZIONE DI CONSORZIO DI COOPERATIVE, DI CONSORZIO DI IMPRESE ARTIGIANE E DI CONSORZIO STABILE**

**CHIEDE**

**DI PARTECIPARE ALLA PROCEDURA NEGOZIATA PER AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO ASSICURATIVO DI RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E PRESTATORI DI LAVORO (RCT/O) IN FAVORE DELL’OSPEDALE RIABILITATIVO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE S.P.A. (O.R.A.S.) PER LA DURATA DI 12 MESI**

**CIG \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**QUALE:**

*(fare una croce sulla casella che interessa)*

□ **CONSORZIO DI COOPERATIVE** (*art. 65, c. 2, lett. b) D.Lgs. n. 36/2023)*

□ **CONSORZIO DI IMPRESE ARTIGIANE** (*art. 65, c. 2, lett. c) D.Lgs. n. 36/2023)*

□ **CONSORZIO STABILE** (*art. 65, c. 2, lett. d) D.Lgs. n. 36/2023)*

**INDICA**

La/le seguente/i impresa/e consorziata/e quale/i esecutrice/i della fornitura/servizi oggetto dell’appalto:

**1^ IMPRESA CONSORZIATA**

Denominazione\_

Con sede in: Via/Piazza\_

Comune Prov.

CF/P.IVA

Legale rappresentante

**2^ IMPRESA CONSORZIATA**

Denominazione\_

Con sede in: Via/Piazza\_

Comune Prov.

CF/P.IVA

Legale rappresentante

***Firma digitale***

|  |
| --- |
| *AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE:* |
| *La presente Sezione 1/B del Modulo Allegato 1) deve essere compilata in caso di partecipazione di:*   * *Consorzio tra società cooperative di produzione e lavoro (art. 65, c. 2, lett. b) del Codice);* * *Consorzio tra imprese artigiane (art. 65, c. 2, lett. c) del Codice);* * *Consorzio stabile (art. 65, c. 2, lett. d) del Codice);*   *Deve essere sottoscritta digitalmente dal legale rappresentante*, *o da altra persona dotata di poteri di firma, del Consorzio concorrente.* |

**SEZIONE 1/C)**

**DA COMPILARE IN CASO DI PARTECIPAZIONE DI RAGGRUPPAMENTI TEMPORANEI, CONSORZI ORDINARI DI CONCORRENTI, G.E.I.E.**

**CHIEDE**

**DI PARTECIPARE ALLA PROCEDURA NEGOZIATA PER AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO ASSICURATIVO DI RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E PRESTATORI DI LAVORO (RCT/O) IN FAVORE DELL’OSPEDALE RIABILITATIVO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE S.P.A. (O.R.A.S.) PER LA DURATA DI 12 MESI**

**CIG \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**QUALE CAPOGRUPPO / MANDATARIA del:**

*(fare una croce sulla casella che interessa)*

□ **RAGGRUPPAMENTO TEMPORANEO** (*art. 65, c. 2, lett. e) D.Lgs. n. 36/2023)*

*ovvero*

□ **CONSORZIO ORDINARIO DI CONCORRENTI** (*art. 65, c. 2, lett. f) D.Lgs. n. 36/2023)*

*ovvero*

□ **G.E.I.E** (*art. 65, c. 2, lett. h) D.Lgs. n. 36/2023)*

*(fare una croce sulla casella che interessa)*

□ **COSTITUITO**

*Ovvero*

□ **COSTITUENDO**

con le seguenti imprese **MANDANTI**:

**1^ IMPRESA MANDANTE**

Denominazione\_

Con sede in: Via/Piazza\_

Comune Prov.

CF/P.IVA

Legale rappresentante

**2^ IMPRESA MANDANTE**

Denominazione\_

Con sede in: Via/Piazza\_

Comune Prov.

CF/P.IVA

Legale rappresentante

***Firma/Firme digitale/i***

***Mandataria/Capogruppo***

***Mandanti***

|  |  |
| --- | --- |
|  | *AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE* |
|  | *La presente* ***Sezione 1/C*** *del Modulo Allegato 1) deve essere compilata in caso di partecipazione di:*   * *Raggruppamenti temporanei di concorrenti (art. 65, c. 2, lett. e) del Codice)* * *Consorzio ordinari di concorrenti (art. 65, c. 2, lett. f) del Codice)* * *Soggetti che hanno stipulato un contratto di gruppo europeo di interesse economico G.E.I.E. (art. 65, c. 2, lett. h) del Codice)*   *Deve essere sottoscritta digitalmente:*   * *in caso di RTI, consorzio ordinario o GEIE già costituiti: dal legale rappresentante*, *o da altra persona dotata di poteri di firma, della mandataria/capogruppo* * *n caso di RTI, consorzio ordinario o GEIE non ancora costituiti: dal legale rappresentante, o da altra persona dotata di poteri di firma, di tutti i soggetti, compresa l’eventuale impresa cooptata, che costituiranno il raggruppamento temporaneo o il consorzio ordinario o il GEIE* |

**SEZIONE 1/D)**

**DA COMPILARE IN CASO DI PARTECIPAZIONE DI AGGREGAZIONI DI IMPRESE ADERENTI AL CONTRATTO DI RETE**

Facente parte della RETE DI IMPRESE:

Denominazione

Con sede in: Via/Piazza\_

Comune Prov.

CF/P.IVA

Avente la seguente natura giuridica ***(fare una croce sulla casella che interessa)***

□ RETE DOTATA DI ORGANO COMUNE CON POTERE DI RAPPRESENTANZA E SOGGETTIVITA’

GIURIDICA (cd: RETE-SOGGETTO)

*ovvero*

□ RETE DOTATA DI ORGANO COMUNE CON POTERE DI RAPPRESENTANZA MA PRIVA DI SOGGETTIVITA’ GIURIDICA (cd: RETE-CONTRATTO)

*ovvero*

□ RETE DOTATA DI ORGANO COMUNE PRIVO DI POTERE DI RAPPRESENTANZA OVVERO SPROVVISTA

DI ORGANO COMUNE OVVERO CON ORGANO COMUNE PRIVO DEI REQUISITI DI QUALIFICAZIONE

**CHIEDE**

**DI PARTECIPARE ALLA PROCEDURA NEGOZIATA PER AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO ASSICURATIVO DI RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E PRESTATORI DI LAVORO (RCT/O) IN FAVORE DELL’OSPEDALE RIABILITATIVO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE S.P.A. (O.R.A.S.) PER LA DURATA DI 12 MESI**

**CIG \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**QUALE *(fare una croce sulla casella che interessa)***

□ ORGANO COMUNE

*ovvero*

□ MANDATARIA/CAPOGRUPPO

con le seguenti **IMPRESE RETISTE MANDANTI**:

*(indicare le imprese retiste che partecipano alla gara specificando la denominazione delle singole imprese retiste mandanti:*

**1^ IMPRESA RETISTA MANDANTE**

Denominazione

Con sede in Via /Piazza\_

Comune Prov.

CF/P.IVA

Legale rappresentante

**2^ IMPRESA RETISTA MANDANTE**

Denominazione

Con sede in Via /Piazza\_

Comune Prov.

CF/P.IVA

Legale rappresentante

***Firma/Firme digitale/i***

***Mandataria/Capogruppo***

***Mandanti***

|  |  |
| --- | --- |
|  | *AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE:* |
|  | *La presente* ***Sezione 1/D*** *del Modulo Allegato 1) deve essere compilata in caso di partecipazione di: aggregazioni tra imprese aderenti al contratto di rete (art. 65, c. 2, lett. g del Codice)*  *Deve essere sottoscritta digitalmente:*   * ***se la rete è dotata di un organo comune con potere di rappresentanza e con soggettività giuridica,*** *ai sensi dell’art. 3, comma 4-quater, del d.l. 10 febbraio 2009, n. 5, la domanda di partecipazione deve essere sottoscritta dal solo operatore economico che riveste la funzione di organo comune;* * ***se la rete è dotata di un organo comune con potere di rappresentanza ma è priva di soggettività giuridica****, ai sensi dell’art. 3, comma 4-quater, del d.l. 10 febbraio 2009, n. 5, la domanda di partecipazione deve essere sottoscritta dall’impresa che riveste le funzioni di organo comune nonché da ognuna delle imprese aderenti al contratto di rete che partecipano alla gara,* * ***se la rete è dotata di un organo comune privo del potere di rappresentanza o se la rete è sprovvista di organo comune, oppure se l’organo comune è privo dei requisiti di qualificazione richiesti per assumere la veste di mandataria***, *la domanda di partecipazione deve essere sottoscritta dall’impresa aderente alla rete che riveste la qualifica di mandataria, ovvero, in caso di partecipazione nelle forme del raggruppamento da costituirsi, da ognuna delle imprese aderenti al contratto di rete che partecipa alla gara.* |