

OGGETTO: Manifestazione di interesse per la procedura di affidamento del servizio di Consulenza Fiscale e Tributaria dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" - CIG 7833447CF3.

Spett.
Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5
"Friuli Occidentale"
Via della Vecchia Ceramica, 1
33170 PORDENONE
PEC: aas5.protgen@certsanita.fvg.it

__ l __ sottoscritt_ _____

CHIEDE

di essere ammess__ a partecipare alla procedura indetta dall'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" per l'affidamento del servizio di Consulenza Fiscale e Tributaria.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per il caso di formazione o uso di atti falsi, rilascio di dichiarazioni mendaci, o esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi dell'articolo 46 del citato D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- a) di essere nat_ a _____ (Prov. __) il _____, e residente a _____, (Prov. __) in
Via _____ n° __, CAP _____; n° cell. ____/_____
mail _____@_____
P.E.C. _____@_____;
- b) di essere domiciliat__ a _____ (Prov. __) in Via _____, n° __, CAP _____;
- c) di essere in possesso dei seguenti requisiti di **ordine generale**:
- 1) non trovarsi nelle condizioni di esclusione dalla partecipazione previsti dall'art. 80 del D. Lgs. 50/2016;
 - 2) non trovarsi in situazioni di incompatibilità o conflitto di interesse con l'AAS5 "Friuli Occidentale";
 - 3) non trovarsi in situazioni, cause di esclusione, che comportino il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
- d) di essere in possesso dei seguenti requisiti di **ordine speciale**:
- 1) essere in possesso di specifica laurea in giurisprudenza/economia aziendale o equiparate (L. 341/90);
 - 2) essere iscritto all'Ordine dei dottori commercialisti e Registro dei revisori contabili per il settore pubblico da almeno 5 anni;

- 3) avere stipulato e regolarmente eseguito almeno 2 contratti della durata minima di mesi 6 (sei) ciascuno, per servizi aventi contenuto analogo a quelli oggetto del presente avviso (consulenza in favore di Aziende sanitarie pubbliche) prestati a partire dall'anno 2014;
- 4) essere in possesso di adeguata e vigente polizza assicurativa per la copertura dei rischi professionali;
- 5) essere iscritto alla C.C.I.A.A. o in uno dei registri previsti dall'art. 83, c. 3 del D. Lgs. 50/2016;
- 6) essere iscritto al bando del Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione – Consip nella categoria "Servizi professionali fiscali e tributari"(SERVIZI).

Si allega alla presente:

- la fotocopia di un valido documento di riconoscimento;
- un dettagliato *curriculum vitae e studiorum*.

Il sottoscritto dà il consenso all'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" per la gestione dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 sulla privacy, ai fini dell'espletamento della presente procedura.

Luogo e data

In Fede

Lì, _____

Allegare copia fronte retro di documento di riconoscimento in corso di validità