“Allegato A”

OGGETTO: Manifestazione di interesse per la procedura di affidamento del servizio di DATA PROTECTION OFFICER (DPO)

Spett.
Azienda per l’Assistenza Sanitaria n. 5
“Friuli Occidentale”
PEC: aas5.protgen@certsanita.fvg.it

__ l __ sottoscritt_ _____

C H I E D E

di essere ammess__ a partecipare alla procedura indetta dall’Azienda per l’Assistenza Sanitaria n. 5 “Friuli Occidentale” **per l’affidamento del servizio di DATA PROTECTION OFFICER (DPO)**

in qualità di:

□ Operatore Economico singolo;

□ consorzio stabile di cui all’art. 45, comma 2, lett. c), D.Lgs 50/2016 e s.m.i.;

□ consorzio di cooperative di cui all’art. 45, comma 2, lett. b), D.Lgs 50/2016 e s.m.i.;

□ consorzio tra imprese artigiane di cui all’art. 45, comma 2, lett. b), D.Lgs 50/2016 e s.m.i.;

□ raggruppamento temporaneo di imprese di cui all’art. 45, comma 2, lett. d), D.Lgs 50/2016 e s.m.i. qualità di _____(*inserire se mandante o mandataria*);

□ consorzio ordinario di imprese di cui all’art. 45, comma 2, lett. e), D. Lgs 50/2016 e s.m.i.;

□ aggregazioni tra imprese di cui all’art. 45, comma 2, lett. f), D. Lgs 50/2016 e s.m.i.;

□ GEIE di cui all’art. 45, comma 2, lett. g), D. Lgs 50/2016 e s.m.i.;

□ Singolo professionista;

□ Società di professionisti;

□ Studio associato;

□ Altro: _____

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 rilascio di dichiarazioni mendaci

D I C H I A R A

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. in materia di Privacy maturata presso Strutture Sanitarie nei 5 anni precedenti la data di scadenza dell'avviso, come di seguito indicato:

ELENCO SERVIZI PRESTATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO IN FAVORE DI STRUTTURE SANITARIE			
Descrizione del servizio	***Committente***	***Date Servizio***	
		Inizio (../../..)	***Fine (../../..)***

2) di essere iscritto al bando del Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione – Consip nella categoria "Servizi di supporto specialistico"(SERVIZI)

Dichiara inoltre di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa, la ditta/società verrà esclusa dalla procedura; in tal caso la stazione appaltante ne dà segnalazione all'Autorità che, se ritiene che siano state rese con dolo o colpa grave in considerazione della rilevanza o della gravità dei fatti oggetto della falsa dichiarazione o della presentazione di falsa documentazione, dispone l'iscrizione nel casellario informatico ai fini dell'esclusione dalle procedure di gara e dagli affidamenti di subappalto fino a due anni, decorso il quale l'iscrizione è cancellata e perde comunque efficacia.

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, il Dichiarante*

Lì, _____ _____

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