



S.C. TECNICO

Direttore: Arch. PIERLUIGI ARMANO

Via Magellano n. 1 - Torino

Telefono: 011/508.-5300

Fax 011/508.2254

e-mail: stecnico@mauriziano.it

*AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA REGISTRAZIONE PRESSO
L'ELENCO OPERATORI ECONOMICI
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA ORDINE MAURIZIANO DI TORINO
PER L'AFFIDAMENTO DELLE MANUTENZIONI RIENTRANTI NELLA
CATEGORIA SOA OS 30 Cl. 1-2
PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO UMBERTO I DI TORINO.*

ALLEGATO B

Il sottoscritto

C.F..... nato il aresidente in
..... CAP

via n.

in qualità di della dittacon sede
legale in CAP.....

Via..... Tel.....

e-mail PEC..... C.F.....

P. IVA n.

iscrizione C.C.I.A.A. n. sede di

Provincia..... dal

(allegare copia della visura camerale in carta semplice)



CHIEDE

di essere iscritto nel costituendo Elenco Operatori Economici (ex art. 3, All. II.1 del D.Lgs. 36/2023) dal quale selezionare operatori da invitare alle procedura di gara relative alla categoria SOA OS 30 Cl. 1-2, relativa all'affidamento della manutenzioni rientranti nella fornitura, il montaggio e la manutenzione o la ristrutturazione di impianti elettrici, telefonici, radiotelefonici, televisivi nonché di reti di trasmissione dati e simili, completi di ogni connessa opera muraria, complementare o accessoria presso il Presidio Ospedaliero Umberto I di Torino.

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e s.m. consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del citato DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

Di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 ss.mm.ii. e del D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, che i dati personali raccolti saranno trattati nell'ambito della costituzione dell'elenco in oggetto

ALLEGA

I documenti richiesti nell'art. 2 dell'avviso ai fini della costituzione di Elenco Operatori Economici ex art. 3 allegato II.1 del D.Lgs. 36/2023

RIEPILOGA

Nella tabella sottostante i seguenti dati:

Possesso di attestati SOA (indicare attestazione e classe)



Possesso di certificazioni di qualità (indicare quali)

Esperienza certificata di precedenti attività svolte in ambito ospedaliero negli ultimi 5 anni (indicare luogo e data lavori/forniture)

Data e luogo _____

(* (timbro dell'impresa e firma del legale rappresentante)

*La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia di documento d'identità del sottoscrittore