



Scuola di Medicina e
Chirurgia

Dipartimento di
Scienze Mediche e
Chirurgiche Avanzate

ALLEGATO "A"

Al Dipartimento di Scienze Mediche
e Chirurgiche Avanzate
Piazza Miraglia n. 2
80138 Napoli

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER VERIFICARE L'UNICITA' DEL FORNITORE E L'ESCLUSIVITA' DEL DISTRIBUTORE per il noleggio della strumentazione medica: Ecografo a marchio SUPERSONIC IMAGE modello Aixplorer Ultimate distribuito in esclusiva per la Regione Campania dalla e.Medical srl - Via Trentola 7 - 80049 Somma Vesuviana (NA), per le esigenze del Progetto di ricerca scientifica dal titolo "*Synergy-net: ricerca e digital solution nella lotta alle patologie oncologiche*" - CUP: B61C17000090007 - di cui agli allegati "Allegato1, Allegato2 e Allegato 3", ex art. 63 comma 2, lett. B, punto 2 del D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., in esecuzione della Determina a Contrarre n. 53 del 29.07.2019.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ Prov. _____ il _____
in qualità di:
- legale rappresentante (.....)
- procuratore (.....) (in questo caso allegare la procura **speciale, a pena di esclusione**)
dell'Impresa _____
con sede legale in (città) _____
Indirizzo _____ C.A.P. _____ P.Iva _____
C.F. _____ Telefono: _____ Fax: _____
e-mail: _____
indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata) : _____
- codice INAIL n. _____ presso la sede di _____
posizioni assicurative territoriali n. _____ - matricola aziendale INPS (**con dipendenti**) n. _____, matricola INPS (**senza dipendenti, posizione personale**) n. _____ presso la sede di _____
(n.b.: in caso di mancata iscrizione INPS, precisare le ragioni con nota a parte da allegare alla presente, specificando anche il diverso fondo di iscrizione)

MANIFESTA

l'interesse a partecipare alla procedura in oggetto per il noleggio della seguente apparecchiatura medica: Ecografo a marchio SUPERSONIC IMAGE modello Aixplorer Ultimate, come identificata nel prospetto descrittivo delle apparecchiature "Allegato1, Allegato2 e Allegato 3". A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 75 ed art. 76 del citato D.P.R. in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

Scuola di Medicina e
Chirurgia
Dipartimento di
Scienze Mediche e
Chirurgiche Avanzate

P.zza Luigi Miraglia 2
80138 Napoli
Area Didattica
T.: +39 0823 274273
+39 081.5665024

Area Gestionale
T.: +39 081 5665324
+39 081 5665044/5181/6484
F.: +39 081 291710

dip.scienzemed@unicampania.it
dip.scienzemed@pec.unicampania.it
www.damss.unicampania.it



Scuola di Medicina e
Chirurgia

Dipartimento di
Scienze Mediche e
Chirurgiche Avanzate

DICHIARA

1. Di essere in possesso dei requisiti di ordine generale di cui all'art 80 del Dlgs e s.m.i;
2. che nei propri confronti non ricorrono alcune delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.i.
3. Che l'incarico non determina una situazione di conflitto di interesse, di cui all'art. 42, comma 2, del D. Lgs. n. 50/2016;
4. di essere consapevole di essere tenuto al rispetto degli obblighi stabiliti ai sensi del D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013, "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165";
5. di acconsentire, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., al trattamento dei dati personali per ogni esigenza connessa con l'espletamento della procedura;
6. di riconoscere la competenza del foro di S. Maria Capua Vetere (CE) in caso di eventuali controversie successive alla stipula del contratto.

COMUNICA

che il referente della Società ai fini della presente procedura, per la ricezione di ogni eventuale comunicazione è

- Nome e cognome: _____
- n. di tel.: _____
- Cellulare: _____
- Fax: _____
- e-mail: _____
- PEC: _____

ELEGGE

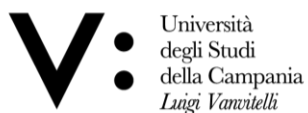
Ai sensi della normativa vigente, domicilio presso il seguente recapito/indirizzo:

ed autorizza l'invio di tutte le comunicazioni e/o documentazioni inerente la procedura al seguente:

- ☐ numero di fax: _____;
- ☐ e-mail: _____;
- ☐ indirizzo PEC: _____;

Allega:

1. Fotocopia non autenticata del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore;
2. Eventuale procura del soggetto che firma la domanda di partecipazione se diverso dal legale rappresentante.



Scuola di Medicina e
Chirurgia

Dipartimento di
Scienze Mediche e
Chirurgiche Avanzate

Data, _____

Timbro ditta e **firma digitale**
del rappresentante legale *

*** N.B. In caso di partecipazione di R.T.P. o consorzio la presente dichiarazione deve essere resa e sottoscritta da ciascun soggetto facente parte del raggruppamento.**