**AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI MASCHERE E SORVEGLIANZA DI SALA, GUARDAROBA, CUSTODIA E CASSA SOSTITUIVA PER IL TEATRO SOCIALE E IL TEATRO SANTA CHIARA E DI GESTIONE DEL BAR A SERVIZIO DEL TEATRO SOCIALE**

**CIG** **7417462B45**

***Dichiarazione sostitutiva requisiti ai sensi del DPR 445/2000***

Il sottoscritto ……………….................................................................................................................

nato a……….....................................……(.......) il ................................……………………………..

domiciliato per la carica ove appresso, in qualità di **[[1]](#footnote-2)**…………...........................................................

della impresa ……………….................................................................................................................

con sede in....................... ………….( ), Via .....................................................................................

in qualità di **[[2]](#footnote-3)**...........................................................................................................................................

pienamente consapevole della responsabilità penale cui va incontro, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione, esibizione o uso di atti falsi ovvero di atti contenenti dati non più rispondenti a verità,

**dichiara ed attesta sotto la propria responsabilità**

1. che l’impresa è iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio di …………………………..………per la/le seguente/i attività…..……..………..…………….

…………………………………….……………………………………………………….…......

……………………………………………………………….……………………………..….…

…………………………………………………………………………………………………....

………………………………………………………………………………………………...….

e che i dati dell’iscrizione sono i seguenti (per i concorrenti con sede in uno stato straniero indicare i dati di iscrizione nell’albo o nella lista ufficiale dello Stato di appartenenza):

* numero di iscrizione ……………………………………………………………………..….
* data di iscrizione …………………………………………………………………………….
* forma giuridica …………………………..……………………….…………...…………….
* sede …………………………………………………………………………….……………
* codice fiscale e partita iva ……………………………………………………………….….
* titolari, soci, direttori tecnici, amministratori muniti di rappresentanza, soci accomandatari

(indicare ***i nominativi, le qualifiche, le date di nascita e la residenza***):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Cognome** | **Qualifica** | **Data e luogo di nascita** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. di non rientrare in nessuna delle condizioni previste dall’art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.;
2. di aver gestito nell’ultimo triennio decorrente dalla data di pubblicazione del presente avviso servizi analoghi a quello oggetto del presente avviso (servizio di maschere e sorveglianza di sala) per un importo complessivo nel triennio di riferimento almeno pari ad € 140.000,00;
3. che l’indirizzo di posta elettronica certificata presso il quale si richiede di effettuare le comunicazioni è il seguente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Si ricorda di allegare alla presente la copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma digitale del legale rappresentante

dell’operatore economico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. La dichiarazione deve essere effettuata da un legale rappresentante o da un procuratore speciale. In quest’ultimo caso deve essere fornito dall’impresa la procura speciale da cui trae i poteri di firma. [↑](#footnote-ref-2)
2. **2** Inserire la dicitura opportuna tra: “Impresa singola” o “Capogruppo di ATI composta dalle imprese (inserire il loro nominativo)” o “mandante di ATI composta dalle imprese (inserire il loro nominativo)” [↑](#footnote-ref-3)