



Allegato A

Spett.le Azienda Ospedaliero- Universitaria di Sassari
Servizio provveditorato, Economato e Patrimonio
Via Michele Coppino n. 26, 07100 Sassari

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____)
(luogo)

in Via _____ n. _____
(indirizzo)

in qualità di _____ dell'impresa _____
(ragione sociale)

con sede legale in _____

partita iva _____ cod. fiscale _____

CHIEDE

di essere invitato alla procedura negoziata ai sensi dell'art. 63 del D.Lgs. n° 50 del 18/04/2016, di cui alla Determinazione Dirigenziale n.92 del 16/02/2017, per l'affidamento della fornitura di Test ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule-Second Edition) di importanza fondamentale per la diagnosi rapida e in età precoce del disturbo dello spettro autistico e del seguente materiale diagnostico :kit bafe cod. 6003901, kit apcm-2 completo cod.6006001, starter kit vineland-II cod. 94949q, starter kit pcl:yv cod. 94449q, prove mt-3 clinica cod. 68473w, kit wisc-iv cod. 93639°, kit wais-iv cod. 94659n, kit nepsy-II cod. 94274z, kit bvl 4-12 cod. 94888b.[CIG Z761D695A5]

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n° 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000;

DICHIARA

- Che i dati dell'Impresa che rappresenta sono i seguenti:

Ragione/Denominazione sociale e forma giuridica:

Registro Imprese CCIAA di _____ n° _____

Sede Legale in _____ via _____ n° _____

Recapito telefonico _____ Fax _____

Indirizzo posta elettronica _____

Indirizzo P.E.C. (Posta Elettronica Certificata) _____

partita iva _____ cod. fiscale _____

- che non sussistono cause comportanti l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione previsti dall'art. 80 del D. Lgs. n° 50/2016 e dall'art. 53, comma 16-ter, del D.Lgs. N° 165/2001;
- di essere in possesso di adeguati requisiti tecnico- organizzativi, ove richiesti in Avviso;
- di accettare in pieno e senza riserva alcuna quanto previsto nell'Avviso;
- di essere consapevole che l'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Sassari potrà sospendere in qualunque momento e a suo insindacabile giudizio la presente procedura;
- di essere informato, ai sensi ed agli effetti di cui al D.LGS. N. 196/2003, che i dati raccolti verranno trattati, anche con strumenti informatici e telematici, esclusivamente nell'abito del presente procedimento.

Il sottoscritto allega alla presente copia fotostatica fronte/retro di proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma del Rappresentante l'impresa
