

Oggetto: Affidamento del servizio finanziario relativo alla concessione di un mutuo per l'acquisto di mezzi d'opera ed attrezzature. – CIG 6925009A33

Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, il sottoscritto _____
nato a _____, il _____ residente a _____
in via/piazza _____
Codice Fiscale _____, in qualità di (*indicare il caso che ricorre*):
 Titolare *Legale Rappresentante* *Amministratore Unico* *Socio Accomandatario* della Ditta _____
con sede in _____ (____) via _____ n. _____
tel. _____ fax. _____, cell. _____
e-mail _____ p.e.c. _____

CHIEDE

di partecipare alla gara in oggetto, cui intende partecipare (*barrare la voce che interessa*):

- COME IMPRESA SINGOLA
- COME CONSORZIO STABILE (art. 45, co. 2, lett. c., del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.)
- COME CONSORZIO TRA SOC.COOP/IMPRESSE ARTIGIANE (art. 45, co. 2, lett. b., del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.)
- COME CAPOGRUPPO DEL COSTITUITO/COSTITUENDO R.T.I. (ORIZZONTALE/VERTICALE/MISTO) / G.E.I.E. _____ con la percentuale di partecipazione del _____ %;
- COME MANDANTE DEL COSTITUITO/COSTITUENDO R.T.I. (ORIZZONTALE/VERTICALE/MISTO) / G.E.I.E. _____ con la percentuale di partecipazione del _____ %
- COME CONSORZIO DI CONCORRENTI (art. 45, comma 2, lett. e., del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.);
- COME IMPRESA CONCORRENTE DEL CONSORZIO _____
_____ (art. 45, comma 2, lett. c., D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.)

(In caso di Raggruppamento Temporaneo di imprese o di consorzi, le dichiarazioni contenute nel presente modello devono essere rese da ciascuna delle imprese costituenti o che costituiranno il raggruppamento o dai consorziati indicati quali esecutori della fornitura)

(Luogo e data)

(timbro della Ditta e firma del Legale Rappresentante)

Alla domanda deve essere allegata, **a pena di esclusione dalla gara** all'esito negativo del procedimento di regolarizzazione ex art. 83 comma 9 del D.L.gs. n. 50/2016, copia fotostatica di un documento di identità del/dei sottoscrittore/i.

DATI GENERALI DELL'IMPRESA

RAGIONE SOCIALE	
FORMA GIURIDICA	
SEDE LEGALE	
SEDE OPERATIVA	
INDIRIZZO ATTIVITA'	
NUMERO TELEFONO	
FAX	
E-MAIL	
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)	
REFERENTE PER L'AMMINISTRAZIONE	
RECAPITO CORRISPONDENZA:	<i>barrare se</i> <input type="checkbox"/> SEDE LEGALE <i>oppure</i> <input type="checkbox"/> SEDE OPERATIVA
CODICE FISCALE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
P.I.V.A	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ISCRIZIONE C.C.I.A.A .R.E.A. DI _____ DATA _____ N° _____	
CODICE ATTIVITA' _____ - DESCRIZIONE ATTIVITA' _____ _____	

SEDE	COMPETENTE	DELL' AGENZIA	DELLE	ENTRATE:

INAIL	codice ditta		P.A.T. 1.	
			P.A.T. 2.	
			P.A.T. 3.	
INPS	Sede competente		Matr. Azienda	
DIMENSIONE AZIENDALE:		DIPENDENTI N° _____		
C.C.N.L. APPLICATO:		<input type="checkbox"/> Altri settori (specificare): _____		