# MODELLO ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

Spett.le

Fondazione Ri.MED

Via Bandiera, n. 11

90133 Palermo

**OGGETTO**:  **per l’affidamento triennale dei servizi assicurativi della Fondazione Ri.MED**

Il sottoscritto ...........................................................................................................................................................

nato il ....................................a ...............................................................................................................................

residente in ............................................................ via ..........................................................................................

codice fiscale n .......................................................................................................................................................

in qualità di .............................................................................................................................................................

dell’operatore economico........................................................................................................................................

con sede legale in ......................................................... via ...................................................................................

sede operativa in .........................................................via ......................................................................................

codice fiscale n... ................................................... partita IVA n...........................................................................

# MANIFESTA L’INTERESSE

a partecipare, a seguito di ricezione di successiva lettera di invito della Fondazione Ri.MED, all’indagine di mercato per l’affidamento dei servizi in oggetto.

# A TAL FINE DICHIARA

***A) dichiarazione inerente l’iscrizione al Registro delle Imprese***

1. di essere iscritto alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura o nel registro delle commissioni provinciali per l'artigianato, o presso i competenti ordini professionali, oppure per gli operatori economici appartenenti ad un altro Stato membro non residente in Italia, l’iscrizione (secondo le modalità vigenti nello Stato di residenza) in uno dei registri professionali o commerciali di cui all'allegato XVI al D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.
2. che, come risulta dal certificato di iscrizione, l’amministrazione è affidata ad un *(compilare solo il campo di pertinenza)*:
	1. Amministratore Unico*,* nella persona di: nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nominato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con i seguenti poteri associati alla carica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*;*
	2. Consiglio di Amministrazione composto da n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ membri e, in particolare, da: *(indicare i dati di tutti i Consiglieri)* nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, carica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Presidente del Consiglio di Amministrazione, Amministratore Delegato, Consigliere...)*, nominato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con i seguenti poteri associati alla carica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, carica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*Presidente del Consiglio di Amministrazione, Amministratore Delegato, Consigliere...)*, nominato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con i seguenti poteri associati alla carica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, carica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*Presidente del Consiglio di Amministrazione, Amministratore Delegato, Consigliere...)*, nominato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con i seguenti poteri associati alla carica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* 1. Consiglio di Gestione composto da n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_membri e, in particolare, da: *(indicare i dati di tutti i Consiglieri)* nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, carica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*Presidente del Consiglio di Gestione, Consigliere Delegato, Consigliere...)*, nominato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con i seguenti poteri associati alla carica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, carica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*Presidente del Consiglio di Gestione, Consigliere Delegato, Consigliere...)*, nominato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con i seguenti poteri associati alla carica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, carica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*Presidente del Consiglio di Gestione, Consigliere Delegato, Consigliere...)*, nominato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con i seguenti poteri associati alla carica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. (*eventuale, ove presente*) che il/i direttore/i tecnico/i attualmente in carica è/sono:

nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nominato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

***B) dichiarazione in ordine ai requisiti***

1. che l’impresa non si trova in alcuna delle situazioni di esclusione di cui all’art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii
2. chel’*Impresa* è in possesso dell’autorizzazione all’esercizio di attività assicurativa, nel territorio nazionale, nei rami di rischio oggetto della presente indagine ai sensi del D.Lgs. n. 209/2005 e ss.mm.ii. o documentazione equipollente per le imprese di altro Stato U.E.;
3. che l’*Impresa*:
4. ha stipulato nel triennio 2018 - 2019 - 2020, in favore di Enti Pubblici (e/o assimilati), almeno 3 servizi assicurativi nei rami oggetto della presente indagine, riferiti a ciascun lotto per il quale si intende partecipare;
5. ha effettuato una raccolta premi assicurativi nel ramo danni per ognuna delle annualità 2018 – 2019 – 2020 pari ad almeno € 20.000.000,00 (Euro ventimilioni,00).

***C) dichiarazioni in caso di Coassicurazioni, RTI e Consorzi***

1. *(in caso di Coassicurazioni)* che la partecipazione all’indagine di mercato viene effettuata congiuntamente alle seguenti Imprese:

 -\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare il ruolo: *coassicuratrice/delegataria*),

 -\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare il ruolo: *coassicuratrice/delegataria*),

e che con riferimento **ai punti** precedenti che i requisiti di capacità economica e finanziaria e tecnica previsti sono posseduti da ciascuna Impresa facente parte del riparto di coassicurazione, nei termini illustrati dalla seguente tabella

|  |  |
| --- | --- |
| **Impresa concorrente** | **Possesso requisito** |
| ***a)*** | ***b)*** |
| Impresa delegataria  | *SI* | *NO* | *SI* | *NO* |
| Impresa coassicuratrice | *SI* | *NO* | *SI* | *NO* |
| Impresa coassicuratrice | *SI* | *NO* | *SI* | *NO* |
| Impresa coassicuratrice | *SI* | *NO* | *SI* | *NO* |

1. *(in caso di R.T.I. costituiti o costituendi, nonché di consorzi costituendi)* che la partecipazione alla presente indagine di mercato viene effettuata congiuntamente alle seguenti Imprese:

 -\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare il ruolo: *mandante/mandataria*),

 -\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare il ruolo: *mandante/mandataria*),

e che i requisiti previsti sono posseduti da questa Impresa e dalle componenti il raggruppamento, nei termini illustrati dalla seguente tabella

|  |  |
| --- | --- |
| **Impresa concorrente** | **Possesso requisito** |
| ***a)*** | ***b)*** |
| Impresa mandataria  | *SI* | *NO* | *………%* |
| Impresa mandante | *SI* | *NO* | *………%* |
| Impresa mandante  | *SI* | *NO* | *………%* |
| Impresa mandante | *SI* | *NO* | *………%* |

***D) dichiarazione di elezione di domicilio***

* + 1. che l’*Impresa*:

 ai fini della presente procedura, elegge domicilio in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e prende atto che, per la ricezione di ogni eventuale comunicazione inerente la procedura in oggetto e/o di richieste di chiarimento e/o integrazione della documentazione presentata, la Fondazione Ri.MED utilizzerà il/i recapiti segnalati al presente articolo

***E) ulteriori dichiarazioni***

1. di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell’art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm.ii., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell’ambito e ai fini del procedimento per il quale la presente manifestazione viene resa;
2. di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, questa *Impresa* verrà esclusa dal procedimento per la quale è rilasciata.

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

 Firma

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

**Si allega**

1. Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del soggetto dichiarante
2. In caso di sottoscrizione da parte di un procuratore si allega originale o copia conforme all’originale della procura