

ALLEGATO "A"

Spett.le **Comune di Castelvetro**
LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI TRAPANI

PEC: protocollo@pec.comune.castelvetro.tp.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI OPERATORI ECONOMICI PER INTERVENTI IN EMERGENZA NELL'AMBITO DELLA PROTEZIONE CIVILE (Ai sensi del D.Lgs. 36/2023).

Il/la sottoscritto/a:

Nome e Cognome: _____

Nato/a a: _____ il _____

Codice Fiscale: _____

In qualità di: Titolare Legale rappresentante Altro (specificare) _____

della ditta/società:

Ragione Sociale: _____

Partita IVA / Codice Fiscale: _____

Sede legale: _____

CAP: _____ Comune: _____ Provincia: _____

Telefono: _____ Email: _____

PEC: _____

Iscritta alla C.C.I.A.A. di _____ N. Rea: _____

CHIEDE

l'iscrizione nell'elenco di operatori economici per interventi in emergenza nell'ambito della Protezione Civile del Comune di Castelvetro.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per le dichiarazioni false, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

1. Di essere in possesso dei requisiti di ordine generale previsti dall'art. 94 del D.Lgs. 36/2023.
2. Di essere regolarmente iscritto alla Camera di Commercio con codice ATECO pertinente.
3. Di essere in regola con gli obblighi contributivi e fiscali (allegando DURC in corso di validità).
4. Di aver maturato esperienza documentata nel settore degli interventi in emergenza di Protezione Civile.
5. Di possedere le attrezzature e il personale adeguato per lo svolgimento delle attività richieste.
6. Di accettare senza riserve tutte le condizioni previste nell'Avviso Pubblico.

ALLEGATI (barrare i documenti allegati):

- Copia del documento d'identità del legale rappresentante
- Visura Camerale aggiornata
- Certificazione DURC in corso di validità
- Elenco delle attrezzature e mezzi disponibili
- Curriculum aziendale con elenco degli interventi effettuati
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi del D.P.R. 445/2000

- Autocertificazione antimafia

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione familiari conviventi

Luogo e data: _____

Firma del Legale Rappresentante:

(Timbro e firma)
