**ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

Art. 48 D.P.R. 445/2000 e s.m.i

ASL ROMA 1

U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi

Borgo Santo Spirito n°3

00193 – ROMA

PEC: uocabs@pec.aslroma1.it

Oggetto: CONSULTAZIONE PRELIMINARE DI MERCATO FINALIZZATA ALLA REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA’ FORMATIVE PER L’ATTUAZIONE DEL PORGETTO “I.C.A.R.E.” (Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency)”

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_;

nella qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell’impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e sede amministrativa in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con codice fiscale n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice attività n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e s.m.i, di partecipare alla consultazione preliminare di mercato.

a tal fine dichiara/dichiarano altresì di accettare, come previsto dall’art. 76, del D.Lgs. n. 50/2016, la ricezione di tutte le comunicazioni inerenti il procedimento, al seguente indirizzo PEC:

### **email (PEC obbligatorio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

# che AI FINI DELLA PRESENTE PROCEDURA IL REFERENTE PER L'AMMINISTRAZIONE è (*la persona indicata sarà considerata dal ns ufficio quale riferimento per tutti i passaggi/comunicazioni relativi alla presente procedura)*

### **email (PEC obbligatorio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **Referente per la gara** Nome e Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Tel cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dichiara inoltre:**

che l’impresa è abilitata sul MEPA

* si
* no

se si, indicare il bando e la categoria merceologica per cui si è ottenuta l’abilitazione:

**Bando (riportare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (categoria merceologica)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

che risulta accreditata presso la Regione Lazio, ai sensi della DGR 682 del 1/10/2019, con riferimento al settore professionale denominato “Servizi socio-sanitari” di cui all’allegato 1 al D.M. 30 giugno 2015 per i percorsi formativi di cui al punto 4 dell’Avviso Pubblico

* si
* no

che ha maturato almeno 5 anni di esperienza nell’organizzazione e realizzazione di percorsi formativi sul tema della migrazione e asilo per le attività di formazione di cui ai punti 1,2,3 dell’Avviso Pubblico

* si
* no

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Impresa concorrente - Timbro e firma del legale rappresentante

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

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

**AVVERTENZE:**

**L’istanza deve essere firmata digitalmente, inviata tramite PEC al seguente indirizzo:** [**uocabs@pec.aslroma1.it**](mailto:uocabs@pec.aslroma1.it) **e corredata:**

* **da copia fotostatica del documento d’identità in corso di validità del/dei sottoscrittori.**

L’Impresa ha la facoltà sia di utilizzare il presente schema debitamente compilato in ogni sua parte sia di predisporne, per eventuali carenze di spazio o altre esigenze, uno proprio contenente comunque tutte le dichiarazioni richieste; il modello della presente istanza di partecipazione è reso disponibile in formato Word nel link dedicato alla presente gara.

**INFORMATIVA PRIVACY**

Si fornisce, qui di seguito, l'Informativa riguardante il trattamento dei dati personali, che sarà effettuato da questa Amministrazione in relazione alla partecipazione alle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di servizi e forniture.

|  |
| --- |
| Finalità del trattamento e conferimento obbligatorio dei dati |
| *I dati personali saranno trattati per le finalità connesse all’eventuale instaurazione di rapporti contrattuali con questa Amministrazione e per il tempo a ciò necessario. Il conferimento dei dati è obbligatorio per il conseguimento delle finalità di cui sopra; il loro mancato, parziale o inesatto conferimento avrà come conseguenza l'impossibilità di realizzare tale fine. Oltre che per le finalità sopra descritte i dati personali potranno essere altresì trattati per adempiere gli obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria, come ad es. il controllo sulle dichiarazioni sostitutive (art. 71 D.P.R. n. 445/2000) o altri controlli e verifiche imposte dal D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50.* |

|  |
| --- |
| Modalità e logica del trattamento |
| *Il trattamento dei dati sarà effettuato manualmente (ad esempio, su supporto cartaceo) e/o attraverso strumenti automatizzati (ad esempio, utilizzando procedure e supporti elettronici), con logiche correlate alle finalità di cui al precedente punto 1) e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati* |

|  |
| --- |
| Titolare del trattamento |
| *Il Titolare del trattamento dei dati personali è l’Azienda Sanitaria Locale Roma 1, Via Borgo Santo Spirito 3, 00193- Roma* |

|  |
| --- |
| Diritti |
| *In relazione al trattamento dei dati, ci si potrà rivolgere alla suddetta Azienda per esercitare i diritti che la normativa sulla protezione dei dati personali riserva agli interessati* |
| Nomina del responsabile del trattamento |
| *L’aggiudicazione può comportare il trattamento di dati personali rispetto al quale l’Azienda Sanitaria Locale Roma 1 è Titolare del Trattamento. Se l’aggiudicazione comporta trattamento di dati personali (es. di utenti, pazienti, dipendenti), i rapporti tra Titolare del trattamento e l’aggiudicatario verranno regolati ai sensi dell’art. 28, paragrafo 3, del Regolamento (UE) 2016/679 del parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 e, pertanto, l’aggiudicatario dovrà rivestire il ruolo di Responsabile del trattamento. Nel caso in cui sia ammesso il subappalto, in tale evenienza si applicano altresì le disposizioni di cui ai paragrafi 2 e 4 del succitato articolo 28.* |

**AUTORIZZA**

l’utilizzazione dei dati di cui alla presente dichiarazione ai soli fini indicati nella informativa sopra riportata.

(firma del dichiarante)

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