

All. A

ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Alla ASL ROMA 1
U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi
PEC: uocabs@pec.aslroma1.it

CONSULTAZIONE PRELIMINARE DI MERCATO FINALIZZATA ALL'EVENTUALE AFFIDAMENTO, TRAMITE PIATTAFORMA MEPA, DEL SERVIZIO AMBULANZI IN STAND BY PRESSO I PRESIDII DI PROFILASSI VACCINALE COVID 19, DELLA ASL ROMA 1

Il sottoscritto _____
Cod. Fisc. _____
nato a _____, il ____/____/____;
nella _____ qualità _____ di _____
_____ dell'impresa _____
_____ con sede in _____
codice _____ fiscale _____
_____ P.IVA _____

CHIEDE

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e s.i.m., in qualità di (barrare il caso che ricorre, cancellare le dizioni/parti delle dichiarazioni che non interessano):

- ☐ impresa singola
- ☐ consorzio stabile
- ☐ consorzio tra imprese artigiane
- ☐ consorzio tra società cooperative di produzione e lavoro
- ☐ GEIE
- ☐ Capogruppo del RTI/consorzio ordinario/Rete d'impresa di concorrenti costituito da

(compilare i successivi campi capogruppo e mandante, specificando per ognuna di esse ragione sociale, codice fiscale e sede)

- ☐ mandante del RTI/consorzio ordinario/componente Rete d'impresa costituito da *(compilare i successivi campi capogruppo e mandante, specificando per ognuna di esse ragione sociale, codice fiscale e sede)*

· (capogruppo)

· (mandante) _____

· (mandante) _____

· (mandante) _____

di partecipare alla consultazione preliminare di mercato

e a tal fine dichiara/dichiarano altresì:

- di accettare, come previsto dall'art. 76, del d.lgs. 50/2016, la ricezione di tutte le comunicazioni inerenti il procedimento, al seguente indirizzo 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):

- Nome e Cognome _____

- tel. _____

- Cellulare _____

- e-mail _____

nonché:

- di essere abilitato sul MEPA Consip:

☐ sì

☐ no

se sì, indicare il bando e la categoria per cui si è ottenuta l'abilitazione (obbligatorio):

Bando _____ (categoria) _____

- di essere in possesso di n. ____ anni di esperienza, in attività di fornitura oggetto dell'appalto.

_____, li _____

AVVERTENZE:

L'istanza deve essere firmata digitalmente, inviata tramite PEC all'indirizzo uocabs@pec.aslroma1.it e corredata da copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità del/dei sottoscrittore/i.

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'ASL 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.

_____, li _____

Il Documento deve essere firmato digitalmente