

**ALLEGATO A**

Spett. **ASL Roma 1**  
**Borgo S. Spirito, 3**  
**00193 Roma - Italia**

da trasmettere esclusivamente via PEC: protocollo@pec.aslroma1.it

**OGGETTO:** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto .....

Nato il ..... a ..... C.F. ....

Residente in .....

Cittadinanza .....

Telefono: ..... fax: ..... e-mail: .....

In qualità di (carica sociale) .....

Della ditta .....

Codice fiscale n. .... e con partita IVA n .....

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE**

a partecipare alla procedura per l'affidamento del servizio in oggetto e a tal merito

**DICHIARA**

di presentare la propria candidatura come

Singolo concorrente	<i>Indicare nome e ragione sociale</i>
R.T.I.	<i>Indicare nome Mandante e Mandataria/e</i>
Altro	<i>Indicare tipologia di Operatore Economico: consorzio ordinario, stabile, GEIE ecc.)</i>

Dichiara inoltre di essere abilitato sul MEPA

- si  
 no

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

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

Inoltre, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000

### DICHIARA

- a) L'iscrizione dell'impresa ..... nel Registro Imprese della Camera di Commercio di ....., o analogo Registro dello Stato di appartenenza, n° Registro Imprese: ....., n° REA: ....., per attività inerenti l'oggetto della procedura;
- b) di non versare in alcuna delle cause di esclusione dalla partecipazione alle procedure di affidamento delle concessioni e degli appalti di lavori, forniture e servizi di cui all'art. 80 del D.lgs. 50/2016;
- c) Di essere in possesso di tutti i seguenti requisiti minimi di capacità richiesti dall'avviso per la manifestazione di interesse ai fini della partecipazione alla procedura;
- d) di voler ricevere ogni comunicazione in merito alla procedura in oggetto al seguente indirizzo PEC .....

Si attesta, inoltre, che la presente istanza/dichiarazione è corredata, di quanto richiesto al punto \_) dell'avviso in oggetto e precisamente:

- Copia autenticata di una o più delle attestazioni riportate al punto 6 dell'avviso secondo quanto indicato al precedente punto c) della presente istanza.

Si allega, altresì, copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

## 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 I, 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 I 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.*

**SI AUTORIZZA**

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

---

*(Data e luogo)*

---

*(Firma leggibile)*