

ALLEGATO A)

SPETT.
COMUNE DI CASALE MONFERRATO
Via Mameli 10
15033 CASALE MONFERRATO

APPALTO N. /2006

ISTANZA DI AMMISSIONE ALLA GARA

relativa al pubblico incanto per l'aggiudicazione dei servizi assicurativi del Comune di Casale Monferrato.

Importo a base d'asta € 480.000,00

Il sottoscritto
nato a.....il.....
residente in
via/piazza.....
in qualità di¹... ..
dell'impresa.....
con sede in.....
con codice fiscale n.....
con partita IVA n.....

CHIEDE

di partecipare al pubblico incanto indicato in oggetto come:

☐ *impresa singola* ;

ovvero

☐ *capogruppo/mandante di un raggruppamento temporaneo di imprese* ²

¹ Precisare la carica sociale.

² Barrare la casella che interessa.

A tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del citato decreto, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA:

1. che l'impresa è iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio di..... per la seguente attività.....ed attesta i seguenti dati (per le ditte con sede in uno stato straniero, indicare i dati di iscrizione nell'Albo o Lista ufficiale dello Stato di appartenenza):
 - a. natura giuridica
 - b. denominazione.....
 - c. data di iscrizione:
 - d. durata :
 - e. oggetto dell'attività:
 - f. titolari, soci, amministratori muniti di rappresentanza, soci accomandatari³;
2. di non trovarsi nelle condizioni di esclusione di cui all'art. 12 D. Lgs. 157/95 s.m.i. e che in tali condizioni non si trovano gli amministratori muniti di poteri di rappresentanza;
3. che ai sensi della legge 68/99
(*barrare la casella che interessa*)
 - ☐ **imprese che occupano non più di 15 dipendenti:**
il numero complessivo dei dipendenti è pari a e pertanto dichiara di non essere soggetto agli obblighi di cui alla predetta legge;
 - ☐ **imprese che occupano da 15 a 35 dipendenti che non abbiano effettuato nuove assunzioni dopo il 18 gennaio 2000:**
il numero complessivo dei propri dipendenti è pari a e di essere in regola con gli obblighi di cui alla predetta legge;
 - ☐ **imprese che occupano almeno 15 dipendenti ed abbiano effettuato nuove assunzioni dopo il 18 gennaio 2000 ovvero imprese che occupano più di 35 dipendenti:**
ai sensi dell'articolo 17 della predetta legge è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili ed allega apposita certificazione rilasciata dagli uffici competenti in data non anteriore a sei mesi, dalla quale risulti l'ottemperanza alla norme della predetta legge o dichiarazione del legale rappresentante che attesti l'ottemperanza agli obblighi di assunzione;
4. che l'impresa ha un portafoglio nei rami danni superiore a Euro 100.000.000,00 di premi raccolti durante l'anno 2002 . Limitatamente al lotto n. 5) Tutela Giudiziaria, tale limite si intende ridotto a Euro 2.000.000,00. Il requisito deve essere posseduto anche di tutte le imprese che si costituissero in raggruppamento temporaneo o che formino il riparto di coassicurazione

³ Indicare i nominativi, le qualifiche, le date di nascita e la residenza

5. elenca almeno cinque Enti della Pubblica Amministrazione (Amministrazioni Comunali, ASL, Aziende Ospedaliere ecc.) con cui la Compagnia ha sottoscritto polizze in delega o in qualità di coassicuratrice, con l'indicazione degli importi e dei rami

N° telefonico dell'Impresa _____

N° di fax dell'Impresa _____

Eventuale indirizzo e-mail _____

Codice attività conforme ai valori dell'anagrafe tributaria _____

_____, li _____

FIRMA LEGGIBILE

N.B.

- *La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore.*
- *Le dichiarazioni contenute nel presente modello vanno integrate con le altre dichiarazioni e/o documenti richiesti nel bando di gara.*

MODELLO G.A.P.
(Art. 2 legge del 12/10/1982 n° 726 e legge del 30/12/1991 n° 410)

Nr. Ordine Appalto	Lotto/Stralcio	Anno 2006
---------------------------	-----------------------	------------------

IMPRESA PARTECIPANTE

Partita Iva (*)

Ragione Sociale (*)

Luogo (*)
(immettere il Comune italiano ove ha luogo l'Impresa)

Prov. (*)

Sede Legale (*):

CAP/ZIP:

Cod. attività (*): **Tipo impresa:** *Singola* [] *Consorzio* [] *Raggr. Temporaneo Imprese* []

'Volume affari

'Capitale sociale

Tipo Divisa: Lira [] Euro []

N.B.:

1 Il modulo dovrà essere compilato in stampatello e con penna nera o blu

2 (*) Le scritte contrassegnate dall'asterisco sono obbligatorie