

**U.O.C. “Acquisizione Farmaci,DM e Service Sanitari**  
**Pec: amministrazione@pec.asl.latina.it**

**ALLEGATO “1”**

Spett.le ASL di LATINA  
UOC Acquisizione Farmaci,D.M. e  
Service Sanitari  
pec **amministrazione@pec.asl.latina.it**

**Oggetto: indagine di mercato/avviso esplorativo per la presentazione di manifestazione di interesse da parte di operatori economici potenzialmente interessati alla fornitura di materiale di consumo per VABB.**

Il/la \_\_\_\_\_ sottoscritto/a  
(cognome) (nome)  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)  
residente a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_)  
(luogo) (prov.)  
in Via \_\_\_\_\_ n.  
(indirizzo)  
in qualità di \_\_\_\_\_ dell'impresa  
(ragione sociale)  
\_\_\_\_\_  
con \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_ legale \_\_\_\_\_ in  
\_\_\_\_\_  
partita iva \_\_\_\_\_, cod. fiscale \_\_\_\_\_ e

N. Tel \_\_\_\_\_

 indirizzo \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
 PEC \_\_\_\_\_

iscritto alla C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_ per attività di \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**l'insussistenza delle cause di esclusione di cui all'art. 94 del d.lgs n. 36/2023**

**MANIFESTA**

**il proprio interesse ad essere invitato alla procedura negoziata di cui all'oggetto e dichiara sin d'ora di essere in possesso dei requisiti di ordine generale previsti dall'Avviso per la manifestazione di interesse**

**AUTORIZZA**

- ai sensi e per gli effetti del d.lgs. 10 agosto 2018 n. 101 recante le norme di adeguamento alla normativa europea Regolamento UE 2016/679, la raccolta dei dati personali che saranno trattati con e senza l'ausilio di strumenti elettronici per l'espletamento delle attività relative al presente procedimento ed alla connessa procedura.

**Il sottoscritto allega alla presente copia fotostatica di proprio documento di riconoscimento in corso di validità.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Rappresentante l'impresa  
 (il presente documento  
 potrà essere sottoscritto anche  
 con firma digitale)

\_\_\_\_\_