**FAC-SIMILE DICHIARAZIONI n. \_\_ Dichiarazione possesso requisiti (in carta semplice)**

Alla Direzione

Azienda Territoriale Servizi alla Persona – Ambito 9 – Bassa Bresciana Centrale

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ nella sua qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e come tale in rappresentanza dell'impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ codice Fiscale e/o Partita I.V.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numero telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e numero fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo recapito corrispondenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

consapevole della responsabilità che assume e delle sanzioni penali stabilite dal D.P.R. 445/2000 art. 76

**ATTESTA**

*compilare la parte di interesse*

di possedere competenze tecnico professionali in grado di garantire un servizio di qualità. Nello specifico si chiede di indicare:

Esperienze gestionali:

1) periodo di svolgimento dell’attività ……………………………………………………

a favore di ……………………………………………………………………………………

dettaglio servizi oggetto dell’attività ………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

2) periodo di svolgimento dell’attività ……………………………………………………

a favore di ………………………………………………………………………………….

dettaglio servizi oggetto dell’attività ………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Si chiede inoltre di allegare il curriculum dell’organizzazione nel quale si evincono le esperienze svolte.

Di possedere personale qualificato all’erogazione del servizio.

Si chiede pertanto di allegare alla presente dichiarazione l’elenco del personale in essere all’interno dell’organizzazione con relativo livello e ruolo ricoperto e il Curriculum del personale che si intende impiegare a garanzia del buon funzionamento del dettaglio servizi oggetto dell’attività.

**data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**In caso di raggruppamento da compilarsi da parte di ciascuna impresa raggruppata con riferimento ai requisiti di cui sia in possesso.**

**Allegare ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. fotocopia del documento di identità del firmatario.**

Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.