**Spett.le**

**SETTORE PROVVEDITORATO ECONOMATO E CONTRATTI**

**CONSIGLIO REGIONALE DELLA CALABRIA**

**VIA CARDINALE PORTANOVA S.N.C.**

 **89123 Reggio Calabria**

 **settore.provveditorato@pec.consrc.it**

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE A MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL’AVVISO ESPLORATIVO D’INDAGINE DI MERCATO PER MANIFESTAZIONE D’INTERESSE A PARTECIPARE ALLA PROCEDURA NEGOZIATA PER L’AFFIDAMENTO, AI SENSI DELL’ART. 50, COMMA 1, LETTERA E), DEL DECRETO LEGISLATIVO 31 MARZO 2023, N. 36, DEL SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI E RIMBORSO SPESE MEDICHE OSPEDALIERE DEI CONSIGLIERI E ASSESSORI REGIONALI, RCT/O, INCENDIO, FURTO, INFORTUNI E KASKO DEL CONSIGLIO REGIONALE DELLA CALABRIA PER LA DURATA DI MESI 24 (VENTIQUATTRO) - PERIODO 31/12/2024 – 31/12/2026.**

Il sottoscritto: ………………………………………...................................................................

nato il: …………………………………………… a……………………………………………………….....................................

in qualità di: …………………………………...............................................................................

dell'operatore economico: ……………………………………………………..............................................................................

con sede in: ……………………………………………………................................................................................

con codice fiscale: ………………………………………………………......................................................................

e con partita I.V.A. n. .……………………………………................................................................

Telefono …………………………………………………………………………

E-mail …………………………………………………………………………….

Pec …………………………………………………………………………………

con riferimento alla procedura in oggetto

**ESPRIME**

la propria manifestazione di interesse ad essere invitato alla procedura negoziata senza bando per l’affidamento, ai sensi dell’art. 50, comma 1, lettera e), del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, del SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI E RIMBORSO SPESE MEDICHE OSPEDALIERE DEI CONSIGLIERI E ASSESSORI REGIONALI, RCT/O, INCENDIO, FURTO, INFORTUNI E KASKO DEL CONSIGLIO REGIONALE DELLA CALABRIA PER LA DURATA DI MESI 24 (VENTIQUATTRO) - PERIODO 31/12/2024 – 31/12/2026.

In particolare lo scrivente manifesta il proprio interesse ad essere invitato ai lotti di seguito contrassegnati:

* Lotto 1: Infortuni Consiglieri ed Assessori Regionali
* Lotto 2: RSMO Consiglieri ed Assessori Regionali
* Lotto 3: RCTO
* Lotto 4: Incendio
* Lotto 5: Furto
* Lotto 6: Infortuni
* Lotto 7: Kasko

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvato con D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sotto la propria e personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

**DICHIARA**

a) di essere iscritto negli elenchi del Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione (MePA) nel bando “Servizi” -categoria “Servizi di supporto specialistico”, ovvero esibire in allegato documentazione attestante la richiesta di iscrizione nella predetta categoria;

b) di essere in possesso dei seguenti requisiti:

• Requisiti di ordine generale

Assenza dei motivi di esclusione di cui agli articoli da 94 a 98 del d.lgs. 36/2023

• Requisiti di idoneità professionale e di capacità tecniche e professionali come specificate negli atti di gara.

c) di essere a conoscenza:

- che la presente richiesta non vincola in alcun modo l’Amministrazione;

- che la presente dichiarazione non costituisce prova del possesso dei requisiti generali e speciali per l’affidamento del servizio che, invece, dovranno essere dichiarati dall’interessato ed accertati nei modi di legge in occasione della procedura negoziata di affidamento;

d) di essere a conoscenza e accettare i criteri e le clausole dell’Avviso di indagine di mercato.

Ai fini delle comunicazioni inerenti alla procedura in oggetto, indica i seguenti dati: tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Il sottoscritto allega alla presente copia fotostatica di proprio documento di riconoscimento in corso di validità (nel solo caso di firma autografa).

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

Firma del legale rappresentante