

**AVVISO ESPLORATIVO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’AFFIDAMENTO  
DEL SERVIZIO " SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA '**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_

libero professionista singolo;

**ovvero**

libero professionista associato, dello studio

con sede a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

con il ruolo di coordinatore dei professionisti assegnati all’incarico che si elencano:

---

---

---

*(indicare nome, cognome, ordine professionale di appartenenza, n° d’iscrizione e ruolo nell’espletamento dell’incarico)*

**ovvero**

legale rappresentante della società di professionisti:

\_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**ovvero**

legale rappresentante del Consorzio \_\_\_\_\_

con sede a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**ovvero**

capogruppo (mandatario) /mandante del costituito / costituendo raggruppamento temporaneo di soggetti art.39 del D. Lgs. n. 36/2023, fra i soggetti che si elencano:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(indicare nome, cognome, ordine professionale di appartenenza, n° d'iscrizione e ruolo nell'espletamento dell'incarico)*

**ovvero**

Altro:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Telefono: \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ E\_mail: (*obbligatorio*) \_\_\_\_\_

PEC: (*obbligatorio*) \_\_\_\_\_ ;

### CHIEDE

**di partecipare all'avviso esplorativo di manifestazione di interesse suindicata e avvalendosi della facoltà concessagli dal D.P.R. n. 445/2000, per la documentazione relativa alla selezione in oggetto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni ivi indicate, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000.**

### DICHIARA

1. di essere iscritto all'albo \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ a partire dal \_\_\_\_\_ ;

*(se richiesto dall'avviso pubblico)*

2. di essere in regola con i versamenti contributivi obbligatori INPS e INAIL, accertabili ai sensi di legge (DURC o documento di regolarità della Cassa di appartenenza), nonché di essere in una posizione di regolarità contributiva presso l'Ordine Professionale di appartenenza (*se previsto*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ordine professionale, numero iscrizione, n. matricola INPS, sede, numero di lav. dipendenti);

3. che non sussiste alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 94 – 95 - 98 del D. Lgs. n. 36/2023;
4. di essere in grado di eseguire con tempestività le prestazioni professionali richieste e indicate nell'avviso;
5. di acconsentire al trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza;
6. di aver assolto con puntualità e diligenza agli incarichi affidati;
7. di non essere in contenzioso con l'Ente;
8. di non partecipare in più di una società o raggruppamento.

### ALLEGA

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Curricula professionali di tutti gli operatori interessati per l'eventuale gestione del Servizio.

Luogo e data

Firma