

**Allegato "A"**

**Spett.le Agecontrol S.p.A.**

pec: [protocollo@pec.agecontrol.it](mailto:protocollo@pec.agecontrol.it)

Oggetto: Manifestazione di interesse a partecipare alla procedura negoziata sotto soglia ai sensi dell'art. 36, c. 2, lett. b) del D. Lgs. 50/2016 e ss. mm. e ii., per l'affidamento del servizio assicurativo "RIMBORSO SPESE MEDICHE A FAVORE DEL PERSONALE DIPENDENTE" di AGECONTROL S.p.A. con sede legale in Roma via G. B. Morgagni 30 H – 00161 - ROMA (RM) Tel. 06 398941 – **CIG: 80043327B8**

Il sottoscritto .....,  
C.F. ...., nato a .....  
(.....) il ....., domiciliato per la carica presso la sede societaria ove  
appresso, nella sua qualità di ..... e legale  
rappresentante della ....., con sede  
in .....(.....), via ....., n.  
..... C.A.P. ...., capitale sociale Euro .....,  
(.....), iscritta al Registro delle Imprese di  
..... (.....) al n. ....,  
C.F. ...., partita IVA n. ....,  
Numero posizione INAIL ....., codice Cliente INAIL n.  
..... *(nel caso in cui le posizioni INAIL siano più di una  
occorre allegare il relativo elenco)*, Numero posizione INPS .....,  
Numero Matricola INPS ..... *(nel caso in cui le posizioni  
INPS siano più di una occorre allegare il relativo elenco)*,

**CHIEDE DI PARTECIPARE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO COME**

Impresa Singola

Impresa Delegataria del riparto di coassicurazione ai sensi dell'art. 1911 del codice civile

Impresa Coassicuratrice del riparto di coassicurazione ai sensi dell'art. 1911 del codice civile

Impresa Mandataria capogruppo del raggruppamento temporaneo costituito/costituendo ai sensi dell'articolo 48 del D. Lgs. n. 50/2016 e ss.mm. e ii.

[ ] Impresa Mandante del raggruppamento temporaneo costituito/costituendo ai sensi dell'articolo 48 D. Lgs. n. 50/2016 e ss.mm. e ii.

[ ] Impresa Mandataria capogruppo del consorzio ordinario costituito/costituendo

[ ] Impresa Mandante del consorzio ordinario costituito/costituendo

- ai sensi e per gli effetti **dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000** consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione la scrivente *Impresa* decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata;

ai fini della partecipazione alla procedura negoziata

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

#### A) dichiarazione inerente l'iscrizione al Registro delle Imprese

- 1) di essere iscritto alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura o nel registro delle commissioni provinciali per l'artigianato, o presso i competenti ordini professionali, oppure per gli operatori economici appartenenti ad un altro Stato membro non residente in Italia, l'iscrizione (secondo le modalità vigenti nello Stato di residenza) in uno dei registri professionali o commerciali di cui all'allegato XVI al D.lgs. 50/2016 e ss.mm. e ii.

1.1 che, come risulta dal certificato di iscrizione, l'amministrazione è affidata ad un *(compilare solo il campo di pertinenza)*:

- a) Amministratore Unico, nella persona di: nome .....  
cognome ....., nato a ..... (...),  
il ....., C.F. ...., residente in  
..... (...), nominato il .....fino al  
....., con i seguenti poteri associati alla carica:  
.....;

b) Consiglio di Amministrazione composto da n. ....membri e, in particolare, da: *(indicare i dati di tutti i Consiglieri)* nome ..... cognome ....., nato a ..... (....), il ....., C.F. ...., residente in ..... (....), carica ..... (*Presidente del Consiglio di Amministrazione, Amministratore Delegato, Consigliere...*), nominato il ..... fino al ....., con i seguenti poteri associati alla carica: ..... ;  
.....  
nome ..... cognome ....., nato a ..... (....), il ....., C.F. ...., residente in ..... (....), carica ..... (*Presidente del Consiglio di Amministrazione, Amministratore Delegato, Consigliere...*), nominato il ..... fino al ....., con i seguenti poteri associati alla carica: ..... ;  
.....  
nome ..... cognome ....., nato a ..... (....), il ....., C.F. ...., residente in ..... (....), carica ..... (*Presidente del Consiglio di Amministrazione, Amministratore Delegato, Consigliere...*), nominato il ..... fino al ....., con i seguenti poteri associati alla carica: ..... ;

c) Consiglio di Gestione composto da n. .... membri e, in particolare, da: *(indicare i dati di tutti i Consiglieri)* nome ..... cognome ..... nato a ..... (....), il ....., C.F. ...., residente in ..... (....), carica ..... (*Presidente del Consiglio di Gestione, Consigliere Delegato, Consigliere...*), nominato il ..... fino al ....., con i seguenti poteri associati alla carica: ..... ;

nome ..... cognome ....., nato a  
..... (....), il ....., C.F.  
....., residente in ..... (....),  
carica ..... (Presidente del Consiglio di Gestione, Consigliere Delegato,  
Consigliere....), nominato il ..... fino al ....., con i  
seguenti poteri associati alla carica:

.....  
.....;

nome ..... cognome ....., nato a  
..... (....), il ....., C.F.  
....., residente in ..... (....),  
carica ..... (Presidente del Consiglio di Gestione, Consigliere Delegato,  
Consigliere....), nominato il ..... fino al ....., con i  
seguenti poteri associati alla carica:

.....  
.....;n

1.2 (eventuale, ove presente) che il/i direttore/i tecnico/i attualmente in carica è/sono:

nome ..... cognome ....., nato  
a ..... (....), il ....., C.F.  
....., residente in ..... (....),  
nominato il ..... fino al .....

**B) dichiarazione in ordine ai requisiti di carattere personale**

- 2) che l'impresa non si trova in alcuna delle situazioni di esclusione dalla partecipazione alla gara di cui all'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 e ss.mm. e ii
- 3) che l'Impresa è in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di attività assicurativa, nel territorio nazionale, nel ramo di rischio oggetto della presente manifestazione di interesse ai sensi del D.Lgs. n. 209/2005 e ss.mm. e ii. o documentazione equipollente per le imprese di altro Stato U.E.;
- 4) che l'Impresa:
  - a) ha effettuato una raccolta premi assicurativi nel ramo Rimborso Spese Mediche nell'ultimo triennio 2015 – 2017, pari ad almeno due volte il valore del presente appalto per ciascuno degli anni suindicati

- b) ha stipulato nel triennio antecedente la data di pubblicazione del presente avviso, in favore di Pubbliche Amministrazioni e/o Aziende pubbliche o private almeno n. 3 (tre) contratti per servizi assicurativi nel ramo "rimborso spese mediche" di cui almeno 1 (uno) con premio annuo lordo non inferiore al valore annuo del presente appalto.
- c) Possiede alla data del 31.12.2018 un numero minimo di convenzioni come di seguito riepilogato:
- 1) strutture abilitate al ricovero (case di cura, ospedali, istituti di cura a carattere scientifico) presso le quali sia attivo il servizio di pagamento diretto delle spese previste nel contratto: minimo 200 su tutto il territorio nazionale (incluse strutture pubbliche) distribuite sul territorio nazionale;
  - 2) Medici convenzionati: minimo 1.500 sul territorio nazionale

**C) dichiarazioni in caso di Coassicurazioni, RTI e Consorzi**

d) *in caso di Coassicurazioni*) che la partecipazione alla procedura negoziata viene effettuata congiuntamente alle seguenti Imprese:

- ..... (indicare il ruolo: *coassicuratrice/delegataria*),
- ..... (indicare il ruolo: *coassicuratrice/delegataria*),

e che con riferimento ai punti precedenti che i requisiti di capacità economica e finanziaria e tecnica previsti sono posseduti da ciascuna Impresa facente parte del riparto di coassicurazione, nei termini illustrati dalla seguente tabella:

Impresa concorrente	Possesso requisito			
	a)		b)	
Impresa delegataria	SI	NO	SI	NO
Impresa coassicuratrice	SI	NO	SI	NO
Impresa coassicuratrice	SI	NO	SI	NO
Impresa coassicuratrice	SI	NO	SI	NO

e) *(in caso di R.T.I. costituiti o costituendi, nonché di consorzi costituendi)* che la partecipazione alla presente procedura negoziata viene effettuata congiuntamente alle seguenti Imprese:

- ..... (indicare il ruolo: *mandante/mandataria*),
- ..... (indicare il ruolo: *mandante/mandataria*),

e che i requisiti previsti sono posseduti da questa Impresa e dalle componenti il raggruppamento, nei termini illustrati dalla seguente tabella

Impresa concorrente	Possesso requisito		
	a)		b)
Impresa mandataria	SI	NO	.....%
Impresa mandante	SI	NO	.....%
Impresa mandante	SI	NO	.....%
Impresa mandante	SI	NO	.....%

**D) dichiarazione di elezione di domicilio**

f) che l'Impresa:

ai fini della presente procedura, elegge domicilio in .....(,,,) Via ..... n. ...., C.A.P. ...., tel. ...., fax ..... e indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) .....@..... e prende atto che, per la ricezione di ogni eventuale comunicazione inerente la procedura in oggetto e/o di richieste di chiarimento e/o integrazione della documentazione presentata, l'Agecontrol S.p.A. utilizzerà il/i recapiti segnalati al presente articolo.

**E) ulteriori dichiarazioni**

g) di essere informato, ai sensi e per gli effetti Regolamento U.E. n. 679/2016 e ss. mm. e ii, dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm. e ii., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito e ai fini del procedimento per il quale la presente manifestazione viene resa;

h) di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, questa *Impresa* verrà esclusa dalla procedura negoziata per la quale è rilasciata

....., li .....

Firma

.....

**Si allega**

- 1) Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del soggetto dichiarante
- 2) In caso di sottoscrizione da parte di un procuratore si allega originale o copia conforme all'originale della procura.