**VIA PEC all’indirizzo: dip.sanitapubblica@pec.unina.it**

**Spett.le Università degli Studi di Napoli Federico II – Dipartimento di Sanità Pubblica**

**OGGETTO:** **AVVISO PUBBLICO ESPLORATIVO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’INDIVIDUAZIONE DI OPERATORI ECONOMICI QUALIFICATI DA INVITARE ALLA PROCEDURA NEGOZIATA PER L’AFFIDAMENTO DELLA “FORNITURA DI REAGENTI PER IL SEQUENZIAMENTO GENICO DI NUOVA GENERAZIONE BASATO SU AMPLIFICAZIONE DIRETTA ED ANALISI PER VARIAZIONE DI PH” - DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA DELL’UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II – VIA PANSINI, 5 – NAPOLI**

Il/La sottoscritto/a [[1]](#footnote-1)….............…………………………………………………………………………..…………………………….…….

nato/a …………………………………………………………………………………………………………..……….. il ……../…...../….……,

C.F. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

residente a …………………………...…………………………………………………….....…, Prov (….……………) CAP…………..…

via/le/p.zza …………………………………..………………………………………………………………..…..…… n. ………….……………

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

giusta procura generale/speciale n°…………… del …………………………… a rogito del notaio ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

autorizzato a rappresentare legalmente l’Impresa *(Denominazione/ Ragione Sociale)*: ……………………………………………………………………………………………………………………....……………………………..………

avente sede legale ………….........................................................…...............…………, Prov (………) CAP……………. via/le/p.zza …………………………………………………………………………………………………… n. ………..……

P.IVA/C.F. ........................................................................................................................................…….…….

indirizzo PEC……………………………………………………………………………………………………………………………………….

indirizzo mail ………………………………………………………………………………………………..………………………….……………

Referente per la pratica: …………………………………….………………………………………………………………………..……. telefono: …………………………….…………….……………….... , e-mail: ………………………………………..……………………….

**VISTO**

l’avviso di manifestazione di interesse relativo all’oggetto, pubblicato sul sito dell’Ateneo all’indirizzo <http://www.unina.it>, alla sezione <http://www.unina.it/ateneo/gare/bandi> , con la presente

**MANIFESTA**

il proprio interesse all’intervento in oggetto in quanto l’impresa risulta dotata del know-how e dell’organizzazione aziendale e tecnica idonea ad effettuare la fornitura, con caratteristiche identiche, similari o equivalenti ai prodotti richiesti, secondo gli standard prestazionali riportati nell’elenco della fornitura (all.1) allegato al citato avviso, come comprovato mediante la documentazione richiesta ai dall’Avviso e presentata in allegato alla presente manifestazione di interesse.

# DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

1. di essere in possesso dei requisiti generali di cui all’art. 80 del D.Lgs. 50/2016,
2. di aver preso visione di tutte le condizioni contenute nell’avviso esplorativo;
3. di essere a conoscenza che la presente richiesta non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo il Dipartimento di Sanità Pubblica che sarà libero di seguire anche altre procedure e che lo stesso Dipartimento di Sanità Pubblica si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di esclusiva competenza, il procedimento avviato senza che i soggetti richiedenti possano vantare alcuna pretesa;
4. di essere a conoscenza che la presente dichiarazione non costituisce prova di possesso dei requisiti generali richiesti per l’affidamento della procedura, i quali dovranno essere nuovamente dichiarati dall’interessato ed accertati dal Dipartimento di Sanità Pubblica nei modi di legge in occasione della successiva procedura negoziata di affidamento;
5. la disponibilità a fornire i prodotti indicati;
6. la compatibilità dei prodotti offerti all’attrezzatura indicata;
7. che l’operatore si renderà garante nei confronti del Dipartimento di Sanità Pubblica per danni provocati a cose e/o persone, imputabili alla non effettiva compatibilità dei prodotti offerti.
8. di essere disponibile a sostenere gli oneri della procedura di validazione, come indicato nell’avviso;
9. di essere disponibile ad integrare tutte le necessarie informazioni che il Dipartimento di Sanità Pubblica ritenesse opportuno acquisire.
10. l’impegno a formulare successiva offerta, qualora invitati.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(sottoscrizione)

1. La dichiarazione deve essere sottoscritta dal Legale Rappresentante dell’impresa o da procuratore e corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore in corso di validità [↑](#footnote-ref-1)