



*Commissione di Vigilanza  
sui Fondi Pensione*

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE  
Acquisizione del servizio di  
copertura delle spese sanitarie in favore del personale della COVID**

Il sottoscritto

\_\_\_\_\_ (nome e cognome)

nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(comune di nascita) (provincia di nascita) (gg/mm/aaaa)

residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
(comune di residenza)

codice fiscale \_\_\_\_\_ documento di identità n. \_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

nella qualità di \_\_\_\_\_ giusta i poteri conferiti con:

- procura generale n. rep. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ;
- procura speciale n. rep. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ;
- delibera organo di amministrazione del \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_

dell'Impresa \_\_\_\_\_  
(denominazione dell'impresa)

con la presente **MANIFESTA INTERESSE A PARTECIPARE ALLA PROCEDURA DI SELEZIONE** in  
oggetto

**A TAL FINE DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e ss.,  
consapevole delle responsabilità civili e penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre  
2000, n. 445, per chi rilascia dichiarazioni mendaci:

1 - che l'impresa \_\_\_\_\_ è  
iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio Industria Artigianato Agricoltura  
di \_\_\_\_\_, con il numero di  
iscrizione \_\_\_\_\_ o ad analogo registro dello Stato di appartenenza  
Registro professionale o commerciale: \_\_\_\_\_  
luogo \_\_\_\_\_; n. iscrizione: \_\_\_\_\_;  
anno di iscrizione: \_\_\_\_\_,

ovvero

che l'impresa \_\_\_\_\_ non è iscritta  
in C.C.I.A.A. in quanto non sussiste il relativo obbligo di iscrizione;

2 - che l'impresa è qualificata come Fondo sanitario di cui all'art. 51 co. 2, lett. a) del D.P.R. 22.12.1986, n. 917 e s.m.i che opera negli ambiti di intervento di cui all'art. 1 del decreto del Ministro della Salute del 31.3.2008, come modificato dall'art. 1 del decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 27.10.2009, ed è iscritta all'Anagrafe dei fondi integrativi sanitari di cui al citato D.M. 27.10.2009;

3 - che l'impresa non si trova in alcuna delle cause di esclusione dalla partecipazione alle gare d'appalto;

4 - che l'impresa ha, alla data della presente dichiarazione, un numero di assistiti non inferiore a 2000;

5 - che l'impresa ha in corso convenzionamenti con almeno 50 case di cura e/o ospedali abilitati al ricovero notturno nel territorio della provincia di Roma;

6 - che l'impresa ha in corso convenzionamenti con almeno 50 centri diagnostici nel territorio della provincia di Roma;

7 - che il referente della Società ai fini del presente affidamento è il sig. \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ al quale verranno inviate tutte le  
comunicazioni e/o la documentazione inerente la procedura stessa, utilizzando esclusivamente il  
seguito indirizzo PEC \_\_\_\_\_.

Recapiti per comunicazioni informali:

telefono \_\_\_\_\_;

e-mail \_\_\_\_\_;

cellulare \_\_\_\_\_

**DICHIARA**, altresì, di aver preso visione dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003.

**ALLEGA**

- Copia fotostatica del proprio documento di identità in corso di validità;

Data

\_\_\_\_\_  
(Firma)