

(intestazione del concorrente)

**Spett.le Guardia di Finanza**  
**Reparto Tecnico Logistico Amministrativo Sardegna**  
**Ufficio Amministrazione – Sezione Acquisti**  
**Viale A. Diaz, 168**  
**09126/Cagliari**

**OGGETTO:** Procedura di gara finalizzata all'individuazione di una figura professionale a cui affidare l'incarico di Medico Sostituto del Dirigente del Servizio Sanitario.

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALLA GARA E CONNESSA DICHIARAZIONE  
SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE EX ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a  
..... (prov. ....)  
il ....., residente nel Comune di  
..... (Prov. ....), Via/Piazza  
..... n° ....., in qualità di  
.....  
<sup>1</sup> dell'impresa<sup>2</sup> .....,  
con sede legale in ..... (prov.  
.....) Via/Piazza ..... n° ..... CAP  
.....; Codice fiscale n. ....;  
Partita I.V.A. n. ....., numero di telefono  
.....;

pienamente consapevole delle sanzioni penali ed amministrative previste dalla vigente normativa nel caso di dichiarazioni false o mendaci (artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 ed artt. 483, 489, 495 e 496 del Codice Penale);

**CHIEDE**

di partecipare alla procedura indicata in oggetto e a tal fine:

<sup>1</sup> Indicare il ruolo, la carica o la figura giuridica rivestita nell'ambito del concorrente.

<sup>2</sup> Inserire la denominazione anche nel caso esercenti arti e professioni.

**DICHIARA**

1. la non sussistenza nei confronti del sottoscritto di alcuna delle condizioni di esclusione dalla partecipazione alle gare pubbliche previste dall'articolo **80<sup>3</sup>**, del **D.Lgs. n. 50/2016** (Codice dei contratti pubblici), dall'art. **32-ter del codice penale** e da qualsiasi altra disposizione legislativa e regolamentare;
2. la non sussistenza delle condizioni di cui all'art. **53, comma 16-ter, del D.Lgs. n. 165/2001** o ogni altra situazione che, ai sensi della normativa vigente, determini l'esclusione dalle gare di appalto e/o l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
3. di essere iscritto al nr. \_\_\_\_\_ dell'Ordine professionale dei medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
4. di essere iscritto alla cassa previdenziale obbligatoria (ENPAM e/o INPS).

Luogo e Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

Alla presente domanda si allega copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

\_\_\_\_\_  
<sup>3</sup> In relazione alle cause di esclusione di cui al comma 5, lett. c-ter) e c-quater), l'operatore economico dovrà produrre apposita dichiarazione che descriva puntualmente le condotte rilevanti ai fini delle stesse.