

|  |  |
| --- | --- |
| *Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca* | |
|  | **ISTITUTO COMPRENSIVO DI CASTEL SAN PIETRO TERME**  **Scuola dell’infanzia, primaria e secondaria di primo grado**  Via XVII Aprile n.1 - 40024 CASTEL SAN PIETRO TERME (Bologna)  TEL.051-941127 - FAX 051-943601 – C.M. BOIC86500D  Codice Fiscale: 82003690375 - Cod. Univoco Fatturazione: UF9E9F  e-mail : [*boic86500d@istruzione.it*](mailto:boic86500d@istruzione.it) - pec:[*boic86500d@pec.istruzione.it*](mailto:boic86500d@pec.istruzione.it) *sito web: www.iccspt.gov.it* |

**ALLEGATO 1 modello di domanda indagine di mercato**

**OGGETTO: INDAGINE DI MERCATO AI SENSI DELL’ART.36 COMMA 2 LETT. B) DEL D. LGS 50/2016, PERL’INDIVIDUAZIONE DI OPERATORI ECONOMICI DA INVITARE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO ASSICURATIVO RESPONSABILITÀ CIVILE, INFORTUNI, ASSISTENZA E TUTELA LEGALE DELL’ISTITUTO CIG ZEC23AFE0B**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Decorrenza: 01/09/2018** |  | **Scadenza: 31/08/2021** |  | **Durata: ANNI 3 (TRE)** |
|  |  |  |  |  |

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Castel San Pietro Terme

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella qualità di:

 Rappresentante legale/procuratore della Compagnia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_

Codice fiscale/Partita IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Amministratore/Procuratore dell’Agenzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_ Codice fiscale/Partita IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole, ai sensi e per gli effetti di cui al DPR 445/2000, 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 consapevoli 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

Manifesta il proprio interesse, e chiede di essere invitato, alla partecipazione per la selezione di una compagnia/agenzia assicurativa ai fini dell’affidamento del servizio di assicurazione in favore degli alunni e del personale scolastico aa.ss. 2018/2019 – 2019/2020 -2020/2021, IN QUALITÀ DI:

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

(specificare la voce di interesse: Impresa singola; Mandataria/mandante di RTI costituito/costituendo; Delegataria/delegante di Compagnie in coassicurazione)

A tal fine il sottoscritto allega la Dichiarazione sostitutiva (Allegato 2).

Data e luogo

Timbro e firma del legale rappresentante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_