**Allegato A**

**RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE E AUTOCERTIFICAZIONE**

Spett.le

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “PERRI-PITAGORA”

C.so G. Nicotera, 69

88046 LAMEZIA TERME (CZ

Oggetto: **Avviso pubblico di indagine di mercato per l’affidamento diretto del servizio di Assicurazione in favore di alunni e personale scolastico 2020-21 Responsabilità Civile Terzi e Prestatori di lavoro (RCT/O) – Infortuni – Tutela Giudiziaria – Assistenza. CIG: ZB82F3B8B4**

Il sottoscritto nato a Prov. il

C.F. e residente a Prov. Cap Via , in qualità di Legale Rappresentante/Procuratore della Compagnia con sede legale in via /piazza Cap , C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.IVA Pec

# CHIEDE

di partecipare all'indagine di mercato in oggetto e a tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, e consapevole, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 D.P.R. 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 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

# DICHIARA

**SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

**AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000**

1. di partecipare in qualità di:

 □ Singola Compagnia

 □ RTI/Coassicurazione con le seguenti Compagnie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Compagnia | Quota di Rischio |
| Delegataria/ Mandante |  | % |
| Coassicuratrice/Mandataria |  | % |
| Coassicuratrice/Mandataria |  | % |

1. che l’esatta denominazione o ragione sociale della compagnia di assicurazioni è ………………………………….….……………………, con sede legale in ………………………..……….., codice fiscale ………………………………….., partita IVA ……………….……………….., numero di telefono …………………………….numero di fax ……………………, l’indirizzo e-mail ……………………
2. che la compagnia è iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio di …………………………………………… al numero……………………………………

per la seguente attività:

………………………………………..………………………………………………………..…………….……

…………………………………………………………………………………………………………………….

1. che il legale rappresentante (o il procuratore speciale) è il sig… ………………………………..……... nato a ……………………….…………….. il ……………………., residente a ……………………………………………………………….., di nazionalità …………………………………

codice fiscale …………………………………………………;

1. che la compagnia di assicurazioni è in possesso dell’autorizzazione IVASS (o del Ministero dell’Industria o Dell’autorità competente dello Stato appartenente all’U.E) all’esercizio dei rami assicurativi oggetto di indagine di mercato;
2. La non sussistenza delle cause di esclusione di cui all’art. 80 del D.Lgs. 50/2016, espressamente riferita sia alla compagnia di assicurazione proposta e ai suoi legali rappresentanti sia all’eventuale procuratore;

ovvero

che i soggetti [SPECIFICARE DATI ANAGRAFICI] indicati all’art.80 del D. Lgs. 18 aprile 2016, n.50, compresi quelli cessati dalla carica nell’anno antecedente la data dell’avviso di indagine di mercato, hanno riportato le seguenti condanne penali, comprese quelle per cui abbiano beneficiato della non menzione:

………………………………………………………………………………………………...…………………….

…………………………………………………………………………………………………...………………….

e che nei confronti dei quali sono state adottate le seguenti misure di dissociazione dalla condotta penalmente sanzionata (indicare le misure adottate):

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

1. Di essere a piena conoscenza delle disposizioni di cui all’avviso e di approvarne incondizionatamente il contenuto;
2. che la compagnia di assicurazioni ha piena conoscenza delle disposizioni di cui alla documentazione richiesta dall’avviso e ne approva incondizionatamente il contenuto;
3. di disporre, o di impegnarsi ad attivare entro la data di decorrenza del servizio, di un programma informatico di gestione dei sinistri, da mettere a disposizione dell’Istituto al fine di consentire allo stesso di effettuare la denuncia del sinistro con strumenti informatici;
4. che i massimali/capitali offerti sono prestati per sinistro e per singola persona assicurata;
5. che il pagamento dell’invalidità permanente è effettuato dal 1° punto di invalidità permanente accertato, senza applicazione di alcuna franchigia;
6. che il rimborso delle spese mediche è effettuato a 1° rischio,
7. di garantire la copertura del rischio al 100%;
8. di garantire, in caso di coassicurazione, la responsabilità solidale in deroga all’art.1911 c.c.;
9. di allegare la propria offerta economica comprensiva delle condizioni integrali di polizza;
10. che ogni comunicazione attinente lo svolgimento della presente indagine ai sensi dell’art.76 D. Lgs. 50/2016, potrà essere inviata esclusivamente all’indirizzo E Mail ………………………………. ;
11. che la compagnia di assicurazioni autorizza espressamente l’Istituto Scolastico ad effettuare le comunicazioni di interesse esclusivamente all’indirizzo di cui sopra;
12. di impegnarsi ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla Legge n.136/2010;
13. di allegare l’elenco dei principali servizi assicurativi prestati negli ultimi anni a favore di destinatari pubblici e/o istituzioni scolastiche per servizi analoghi a quelli richiesti.
14. di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art.13 del D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e Regolamento UE 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Timbro e Firma

del Legale Rappresentante/Procuratore

*Allegati:*

*Copia Documento identità in corso di validità del dichiarante*

*Eventuale procura rilasciata dalla compagnia di assicurazione mandante*

*Allegato B – Scheda tecnica*

*Allegato C – Offerta economica*