



Istituto Comprensivo N.2
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

Via Segantini, 31 – 40133 BOLOGNA - Tel. 051/312212 Fax 051 385297

Codice meccanografico: BOIC812001 – codice fiscale: 91153220370 - indirizzo e-mail: boic812001@istruzione.it

Allegato 1 – Modello manifestazione interesse da restituire firmata digitalmente

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo 2
Via Segantini, 31
40133 Bologna

Oggetto: manifestazione di interesse per la partecipazione alla procedura di selezione ai sensi dell'art. 36, comma 2, lett. a) del D.Lgs. 50/2016, come modificato dal D. Lgs. 56/2017, e dell'art. 34 del D.l. 44/2001, per l'affidamento delle coperture assicurative RCT/Infortuni/Assistenza/Tutela Legale per l'a.s.2022/2023 a favore di Alunni e Operatori Scolastici dell'Istituto.

Il sottoscritto (nome) _____ (cognome) _____

nato a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

e residente in _____ Via _____ n. _____

in qualità di:

Rappresentante legale/procuratore della Compagnia _____

con sede legale in _____ Via _____ n. _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

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 ad 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 a partecipare alla selezione di una compagnia/agenzia assicurativa ai fini dell'affidamento del servizio di assicurazione in favore degli alunni e del personale scolastico AA.SS. 2022/2023, 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) corredato dal documentod'identità.

Luogo e data

Timbro e firma del Legale Rappresentante/Procuratore
