



# ISTITUTO COMPRENSIVO N. 4 - VIA GUICCIARDINI, 8 - 40026 IMOLA

☎0542/22264- FAX 0542/30871 - C.F. : 82003970371- C. M. BOIC846004

e-mail: [boic846004@istruzione.it](mailto:boic846004@istruzione.it); posta certificata: [BOIC846004@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:BOIC846004@PEC.ISTRUZIONE.IT)

## Allegato 2 – Modello manifestazione interesse

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo N. 4  
Imola

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE 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 A.S. 2016-2017

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 a.s. 2016-2017, **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 3).

Data e luogo

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