**ALLEGATO 1**

**ISTANZA DI AMMISSIONE ALLA MANIFESTAZIONE D’INTERESSE E DICHIARAZIONE**

Spett. le Ade Servizi S.r.l.

V. le Villetta, 31/A

43125 – Parma (PR)

Inoltro via pec: adeservizisrl@pec.it

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO per manifestazione di interesse all'affidamento del servizio di allestimento lapidi e fornitura di materiali marmorei ed accessori di arte funeraria a completamento dell’organizzazione dei servizi di onoranze funebri di Ade Servizi S.r.l. dal 01 novembre 2024 al 31 dicembre 2025.**

IMPORTO SERVIZIO: stimato in massimo € 220.000,00 (Duecentoventimila/00) oneri fiscali di legge esclusi.

Il/La sottoscritto/a .....................................................................................................................................................

nato/a il.......................... a ......................................................, C.F.: .........................................................................

residente nel Comune di .............................................................. CAP .......................... - Provincia .......................

Via/Piazza ...................................................................................................................................... n. ..........................

in qualità di .................................................................... dell’impresa .........................................................................

con sede legale nel Comune di .................................................... CAP .......................... - Provincia .......................

Via/Piazza ...................................................................................................................................... n. .................... con codice fiscale n .......................................................................................................................................................

con partita IVA n ..........................................................................................................................................................

Telefono ....................................Fax ................................ e-mail ................................................................................

AUTORIZZA

la società Ade Servizi S.r.l. a trasmettere a mezzo PEC ogni comunicazione al seguente indirizzo pec:

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

e CHIEDE

di partecipare alla manifestazione di interesse in oggetto come:

* impresa singola;
* ALTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

A tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA QUANTO SEGUE**:**

DATI GENERALI DELL’IMPRESA:

DENOMINAZIONE / RAGIONE SOCIALE: ................................................................................................. FORMA GIURIDICA: ..............................................................................................................................................

CODICE FISCALE: ..................................................................................................................................................

PARTITA I.V.A.: ........................................................................................................................................................

COD. ATTIVITÀ: .....................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SEDE | VIA | N.C. | CAP | LOCALITA’ | PROV. | TELEF. | FAX |
| Legale |  |  |  |  |  |  |  |
| Operativa |  |  |  |  |  |  |  |
| PEC |  |

|  |
| --- |
| ISCRIZIONE AL REGISTRO DELLE IMPRESE PRESSO C.C.I.A.A. |
| Sede |  |
| Data iscrizione  |  |
| N. iscrizione  |  |
| **Attività da indicare** (dovrà essere compresa obbligatoriamente tra le attività d’impresa quella oggetto dell’avviso) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C.C.N.L. applicato (Barrare la casella di interesse) |  | Industria lapidei |
|  | Edile Cooperazione |
|  | Edile Piccola Media Impresa |
|  | Artigianato  |
|  | Altro (indicare)  |
| Dimensione aziendale(Barrare la casella di interesse) |  | Da 0 a 5 dipendenti |
|  | Da 6 a 15 dipendenti |
|  | Da 16 a 50 dipendenti |
|  | Da 51 a 100 dipendenti |

|  |
| --- |
| I.N.A.I.L. |
| Codice Ditta  | Posizioni assicurative territoriali  |
|  |  |

|  |
| --- |
| I.N.P.S. |
| Matricola Azienda  | Sede competente |
|  |  |
| Posizione contributiva individuale titolare/soci Imprese artigiane  | Sede competente |
|  |  |

|  |
| --- |
| CASSA EDILE (se presente) |
| Codice Ditta  | Codice Cassa  |
|  |  |

|  |
| --- |
| AGENZIA DELLE ENTRATE DI COMPETENZA PER LA VERIFICA DELLA REGOLARITA’ CONTRIBUTIVA |
| Agenzia delle entrate di |  |
| Cap e Provincia |  |
| Indirizzo  |  |

**(per le Cooperative di produzione di lavoro)**

Iscrizione nel Registro della Prefettura di .................................................................................................................. al n. ........................................................................ dalla data del ................................................................................. Iscrizione nello Schedario Generale della Cooperazione presso il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale al n. ........................................................................ dalla data del ....................................................................

**(per le Società in nome collettivo)**

SOCI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome Nome | C.f. | Data di nascita  | Luogo di nascita  | Comune di residenza  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**(per le Società in accomandita semplice)**

SOCI ACCOMANDATARI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome Nome | C.f. | Data di nascita  | Luogo di nascita  | Comune di residenza  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

SOCI ACCOMANDANTI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome Nome | C.f. | Data di nascita  | Luogo di nascita  | Comune di residenza  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**(Per le Società per azioni, in accomandita per azioni, a responsabilità limitata, per le società Cooperative per azioni o a responsabilità limitata).**

Dichiarazione ai sensi dell’art. 1 del DPCM 187/1991

|  |
| --- |
| COMPOSIZIONE SOCIETARIA |
| Nome Cognome o denominazione  | Luogo e Data di nascita o di costituzione   | Quota di partecipazione  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| ELENCO DEI SOGGETTI MUNITI DI PROCURA IRREVOCABILE  |
|  |
|  |

**(Per le Società consortili per azioni o a responsabilità limitata).**

Dichiarazione ai sensi dell’art. 1 del DPCM 187/1991

|  |
| --- |
| COMPOSIZIONE SOCIETARIA |
| Denominazione della società consorziata che comunque partecipi all’esecuzione del servizio: |
| Nome Cognome o denominazione  | Luogo e Data di nascita o di costituzione  | Quota di partecipazione  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| ELENCO DEI SOGGETTI MUNITI DI PROCURA IRREVOCABILE  |
|  |
|  |

COMPOSIZIONE DEL CONSIGLIO DI AMMNISTRAZIONE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome Nome | C.f. | Data di nascita  | Luogo di nascita  | Comune di residenza  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**(Per tutti)**

LEGALI RAPPRESENTANTI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome Nome | C.f. | Data di nascita  | Luogo di nascita  | Carica sociale e relativa scadenza, eventuale firma congiunta  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

DIRETTORI TECNICI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome Nome  | C.f. | Data di nascita  | Luogo di nascita  | Carica sociale e relativa scadenza, eventuale firma congiunta  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**REQUISITI DI ORDINE GENERALE E SPECIFICO (barrare la casella)**

* di avere almeno una sede operativa nell’ambito del territorio comunale di Parma, o comunque non oltre i 20 km dalla sede della società Ade Servizi S.r.l. (allegare copia visura camerale valida e aggiornata);
* di non svolgere anche attività funebre di cui all’art.13 delle Legge Regionale Emilia-Romagna 29-7-2004 n.19;
* di possedere un fatturato minimo annuo pari ad € 200.000,00 (Duecentomila,00) per servizi analoghi nel triennio 2021-2023 (indicare in tabella):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia servizio** | **Importo in euro (iva esclusa)** | **Periodo** | **Committente** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* di essere in possesso di D.U.R.C. regolare (Documento Unico di Regolarità Contributiva) regolare e in corso di validità da allegare alla presente istanza;
* di possedere altresì tutti gli altri requisiti per contrarre con la Pubblica Amministrazione, pertanto di non ricadere nelle cause di esclusione da procedure ad evidenza pubblica previste dall’art. 94 e seguenti del D.lgs. n. 36/2023 e s.m.i., tra i quali Partecipazione a un’organizzazione criminale, Corruzione, Frode, Reati terroristici o reati connessi alle attività terroristiche, Riciclaggio di proventi di attività criminose o finanziamento al terrorismo, Lavoro minorile e altre forme di tratta di esseri umani, ogni altro delitto o illecito professionale da cui derivi, quale pena accessoria, l'incapacità di contrattare con la pubblica amministrazione, e di avere soddisfatto tutti gli obblighi relativi al pagamento di imposte, tasse o contributi previdenziali.

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

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

N.B.: Allegare:

- copia documento d’identità del sottoscrittore in corso di validità;

- visura camerale valida e aggiornata;

- D.U.R.C. valido e regolare.