

DICHIARAZIONE REQUISITI

CAPACITA'ECONOMICO-FINANZIARIA

per le Società in nome collettivo, Società in accomandita semplice, Società di capitali,
Società Cooperative, Cooperative Sociali, Consorzi, Raggruppamenti di imprese

Oggetto: AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DELL'ALBO DEI SOGGETTI ACCREDITATI PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE PER L'ASSISTENZA ALLA PERSONA progetto INPS gestione dipendenti pubblici "Home Care Premium" - Distretto Socio Sanitario di Iglesias

Il sottoscritto (*nome*) _____ (*cognome*) _____,
nato a _____ il ___/___/_____
C.F. _____, in qualità di _____
dell'impresa _____, con sede in _____,
PARTITA IVA n. _____, CODICE FISCALE n. _____, iscritta dal
_____ al Registro della CCIAA (o altro Registro professionale o commerciale dello Stato di appartenenza) della provincia di _____ al numero _____ (*in caso di società con Sede in uno Stato diverso dall'Italia, indicare i dati equivalenti vigenti nel relativo Stato*),
di seguito, *l'Impresa*;

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di formazione di atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Di aver svolto, nell'ambito di progetti o programmi gestiti o finanziati da Enti Pubblici o privati, i Servizi per cui si chiede accreditamento, avendo maturato negli 3 ultimi esercizi, fatturati o volumi d'affari, specifici, complessivamente non inferiori a 40 mila euro, secondo il seguente dettaglio:

Esercizio	Periodo di esecuzione (data contratto - data fine esecuzione)	Descrizione del servizio	Committente	Importo contrattuale IVA esclusa
Anno 2019				
Anno 2020				
Anno 2021				
Fatturato Specifico dell'Impresa per il Triennio				

ALLEGA

1. Fotocopia del documento di identità in corso di validità

Luogo e data

.....

FIRMA

.....