

**ALLEGATO A**

**Modello dichiarazione avviso di consultazione preliminare di mercato propedeutica all'affidamento, mediante procedura Negoziata ai sensi dell'art. 63, del D. Lgs. n. 50/2016, di un servizio di tipo full risk relativo alla manutenzione e assistenza tecnica annuale dell'Acceleratore Lineare VERSA HD in uso all'Unità Operativa di Radioterapia Diagnostica del Presidio Ospedaliero San Francesco di Nuoro.**

Trasmessa a mezzo PEC

Spett. le

**ATS Sardegna**

All'attenzione di

**S.C. Ingegneria Clinica**

[sc.ingegneriaclinica@pec.atssardegna.it](mailto:sc.ingegneriaclinica@pec.atssardegna.it)

Oggetto: **dichiarazione/riscontro Avviso di consultazione preliminare di mercato propedeutica all'affidamento, mediante procedura negoziata ai sensi dell'art. 63 D.Lgs. n. 50/2016, di un servizio di tipo full risk relativo alla manutenzione e assistenza tecnica dell'Acceleratore Lineare VERSA HD Elekta in uso all'Unità Operativa di Radioterapia Diagnostica del Presidio Ospedaliero San Francesco di Nuoro.**

Il sottoscritto MICHELE NEIROTTI nato a UDINE il 15/02/1968,  
C.F. NRTHL68B15L483H, domiciliato per la carica come in appresso indicato, nella sua qualità di  
LEGALE RAPPRESENTANTE (specificare Legale Rappresentante e/o       /      ), dotato dei  
necessari poteri di rappresentanza della Ditta EUEKTAS P.A., con sede in  
AGRATE BRIANZA (MB), Via CENTRO COLEON, PALAZZO ANDROMEDA, INGR. 3  
iscritta al Registro delle Imprese di MONZA E BRIANCA al n° 02723670960  
Codice Fiscale n° 02723670960, Partita IVA n° 02723670960, di seguito  
denominata come "Impresa",

- anche ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui agli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n°445/2000, consapevole 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 l'Impresa decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata;

- ai fini della partecipazione all'iniziativa di cui all'oggetto

#### DICHIARA

- 1) di manifestare l'interesse dell'Impresa ad essere invitata ad eventuale procedura Negoziata, ai sensi dell'art. 63, del D. Lgs. n° 50/2016, per l'**affidamento del servizio di tipo full risk relativo alla manutenzione e assistenza tecnica annuale dell'Acceleratore Lineare VERSA HD in uso all'Unità Operativa di Radioterapia Diagnostica del Presidio Ospedaliero San Francesco di Nuoro;**
- 2) che l'Impresa è iscritta nel Registro delle Imprese presso la CCIAA di MONZA E BRIANCA per attività inerenti alla procedura di cui all'oggetto, in conformità con quanto previsto dall'art. 83, del D. Lgs. n° 50/2016;
- 3) che l'Impresa non incorre in alcuno dei motivi di esclusione dalla partecipazione alle procedure di affidamento di contratti pubblici cui all'art. 80 del D. Lgs. n° 50/2016;
- 4) che l'impresa è in possesso della capacità tecnica necessaria per l'esecuzione del servizio sopra descritto;
- 5) di aver preso piena ed esatta conoscenza dell'avviso di indagine di mercato pubblicato dalla ATS Sardegna con riferimento all'iniziativa di cui all'oggetto;
- 6) di essere ben consapevole ed accettare che il suddetto avviso costituisce una mera indagine esplorativa del mercato e che, pertanto, la Stazione Appaltante potrà interrompere tale selezione in qualsiasi momento, non proseguirla e/o utilizzare procedure diverse, senza che possa essere avanzata alcuna pretesa da parte degli Operatori Economici che abbiano manifestato interesse;

[www.atssardegna.it](http://www.atssardegna.it)

SC Servizio di Ingegneria Clinica  
ATS Sardegna

Direttore del Servizio:  
Ing. Barbara Podda

- 7) di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs. n°196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_, *li* \_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_  
(documento da sottoscrivere con firma digitale)

**N.B.: AVVERTENZA:** la firma dovrà essere corredata da fotocopia di documento di identità, in corso di validità, da allegare alla presente dichiarazione. Nel caso di Procuratore del Legale Rappresentante allegare copia, conforme all'originale autenticata, della relativa procura.

[www.atssardegna.it](http://www.atssardegna.it)

SC Servizio di Ingegneria Clinica  
ATS Sardegna

Direttore del Servizio:  
Ing. Barbara Podda

Cognome **NEIROTTI**  
 Nome **MICHELE**  
 nato il **15/02/1968**  
 (atto n. **502** **P.** **I** **S.** **A.**)  
 a **UDINE** (**UD.**)  
 Cittadinanza **ITALIANA**  
 Residenza **FIUMICINO (RM)**  
 Via **OSLO n.7 scala F int.41**  
 Stato civile **CONIUGATO**  
 Professione **INGEGNERE**  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura **1.90**  
 Capelli **CASTANI**  
 Occhi **CASTANI**  
 Segni particolari

  
 Firma del titolare   
**FIUMICINO** **22/04/2009**  
 Impronta del dito indice sinistra   
**SALVATI MASSIMO**  
 Euro 5.42



IP28 App. OFFICINA C.V. ROMA

