

**MANIFESTAZIONE D’INTERESSE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO INTEGRATO (FULL SERVICE) PER LA SOMMINISTRAZIONE DI TEST RAPIDI PER LA DIAGNOSI DELL’INFEZIONE DA SARS-COV-2 (COVID-19) ALLA POPOLAZIONE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

|  |
| --- |
| **RICHIESTA D’INVITO** |

**NOTA PER LA COMPILAZIONE**

Il presente documento deve essere compilato, FIRMATO DIGITALMENTE e trasmesso via e-mail al seguente indirizzo: [antonio.dirani@regione.emilia-romagna.it](mailto:antonio.dirani@regione.emilia-romagna.it)

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliato per la carica presso la sede legale sotto indicata, nella qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e legale rappresentante della \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_codice fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e partita IVA n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Per gli operatori economici non residenti e privi di stabile organizzazione in Italia)* domicilio fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *(solo in caso di concorrenti aventi sede in altri Stati membri)* indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, preso atto delle caratteristiche dell’appalto descritte nell’avviso volontario per la trasparenza ex ante,

**DICHIARA**

* di essere interessato a partecipare all’eventuale procedura per l’affidamento del servizio integrato (full service) per la somministrazione di test rapidi per la diagnosi dell’infezione da SARS-CoV-2 (COVID-19) alla popolazione della Regione Emilia-Romagna;
* essere in possesso dei requisiti necessari all'espletamento del sopra citato servizio.

Firmato digitalmente dal legale rappresentante

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