**Allegato B) Domanda**

**BANDO PER ASSEGNAZIONE LOCALE IN LOC. VILLAIR DI QUART DA DESTINARE A STUDIO DI FISIOTERAPIA DAL 01/04/2023 AL 31/03/2029.**

**(domanda di partecipazione, comprensiva di dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atto di notorietà ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n.445**

Il sottoscritto (nome)…..………………………………….(cognome)…..……………………………

nato/a a…..……………………………………..………(….) il…..………………………………….

C.F.…..…………………………………..., residente in…..…………………………………(….) via…..………………………………., tel...…………………………. Fax ………………...………..

e-mail ,

in qualita’ di ………………………………………………………………………………………..

specificare : - dell’impresa

- della societa’

ragione sociale ,

con sede in ..................................................................via/piazza.........................................................

codice fiscale ............................................................P.IVA..............................................................…

tel. ………………………. fax…………………………..indirizzo mail……………………………..

CCIAA n……………………………………………………………………………………………...

PEC…………………………………………………………………………………………………..

### CHIEDE

di voler partecipare alla procedura ad evidenza pubblica per l’assegnazione di n. 1 locale in loc. Villair di Quart – da destinare a Studio di Fisioterapia, periodo dal **01/04/2023 – 31/03/2029**, di cui al bando

A tal fine il sottoscritto, consapevole delle sanzioni anche penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445,

### DICHIARA

* che il **titolare dell’impresa** è il sig. il C.F.

nato/a a ( )

O

* il futuro **titolare della costituenda impresa** sarà il sig.

nato/a

( ) il

C.F.

e si

impegna a costituire la società entro 15 giorni dall’aggiudicazione specificando che i

componenti della costituenda saranno:

il sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a ( ) il

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a ( ) il

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a ( ) il

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a ( ) il

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di avere preso visione delle prescrizioni e condizioni regolanti la gara in oggetto, contenute

nel bando pubblico in oggetto, negli atti concernenti l'immobile e nello schema di contratto di affitto, e di accettarle senza riserva e condizione alcuna;

* di avere preso conoscenza di tutte le circostanze che possono avere influito sulla

determinazione dell’offerta e di ritenere congrua l’offerta stessa;

* di essere in possesso del Diploma universitario di fisioterapista (profilo professionale

disciplinata con DM 14/09/1994 n. 741): conseguito in data ai sensi dell’art. 6 comma 3 del Dlgs 30/12/1992 n. 502 e ss.mm.ii; o conseguito in data in base alla normativa anteriore, se equipollente;

* che tale servizio di fisioterapia assumerà una connotazione di complementarietà rispetto all’attività farmaceutica che si svolge nell’edificio erogando altresì prestazioni a prezzi calmierati e in casi specifici anche gratuitamente nei confronti di una utenza debole come anziani, portatori di handicap e altre situazioni di criticità segnalate dal Comune;
* di essersi recato presso i locali oggetto di affitto in data ,di

accettare lo stato in cui si trovano attualmente e di averli trovata idonei allo svolgimento dell’attività;

* di non ricadere nelle cause di esclusione di cui all'art.80 del D. Lgs. 18/4/2016 n.50;
* di non avere alcun debito nei confronti del Comune di Quart;
* di non essere Amministratore Comunale e di non trovarsi nelle condizioni di incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione;
* che i soci o gli amministratori muniti del potere di rappresentanza non sono Amministratori

Comunali e non si trovano nelle condizioni di incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione;

* di essere iscritto alla CCIAA di al N.

per la categoria dei servizi oggetto di gara;

* di dotarsi di idonei arredi ed attrezzature necessarie allo svolgimento delle attività;
* di svolgere l’attività sulla base di quanto dichiarato in sede di offerta;
* di assicurare il rispetto di tutte le norme vigenti nello svolgimento dell’attività di studio di fisioterapia;
* di impegnarsi affinché i locali soddisfino i requisiti di sovregliabilità di cui al D.M. 17/12/1992 n. 564 e ss.mm.ii.

Firma

(leggibile e per esteso)

Data

## Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 alla dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità.

### Allegato B

**Offerta**

(marca da bollo)

**BANDO PER ASSEGNAZIONE LOCALE IN LOC. VILLAIR DI QUART DA DESTINARE A STUDIO DI FISIOTERAPIA DAL 01/04/2023 AL 31/03/2029.**

## (Offerta economica)

### GARA PUBBLICA DEL GIORNO 08/03/2023

Il sottoscritto (nome)…………………………………………(cognome)...............................………

nato a …................……………………………….........il …......…………………………………….

codice fiscale ….......................................................................................……………………………

in qualita' di................................................................………………………………..………………

con sede in...........................................................................................................................................

codice fiscale/partita IVA....................................................................................................................

oppure: .....................................................................................................…………………………..

con riferimento al bando di gara ad evidenza pubblica inerente l’affitto di n. 1 locale in in loc. Villair di Quart da destinare a Studio di Fisioterapia - periodo presunto **01/04/2023 – 31/03/2029.**

### OFFRE

**la cifra di euro (diconsi euro ) quale Canone complessivo di Affitto .**

Data………………………………….. Firma (leggibile e per esteso)

…………………………………………...