



**CONSORZIO
SOCIALE
VALLE DELL'IRNO**
AMBITO•56

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI TRASPORTO PER GLI UTENTI
DIVERSAMENTE ABILI PRESSO GLI ISTITUTI SCOLASTICI - ANNO 2024**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

C.F. _____ Residente _____ CAP _____

Indirizzo _____

In qualità di Legale Rappresentante del soggetto titolare e/o gestore
dell'ente _____

con sede legale a _____

CAP _____ Indirizzo _____ Tel _____

fax _____ e-mail _____

e con sede operativa a _____

CAP _____

via _____ Tel _____ fax _____

_____ PEC _____ Partita _____

Iva _____

MANIFESTA L'INTERESSE

A voler svolgere il Servizio di Trasporto per gli alunni diversamente abili presso gli Istituti di ogni ordine e grado presenti sul territorio dei Comuni afferenti all'Azienda per l'anno 2024.

a tal fine dichiara:



**CONSORZIO
SOCIALE
VALLE DELL'IRNO**
AMBITO-56

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n.445 e ss.mm.ii. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

Di essere in possesso dei seguenti mezzi di trasporto idonei al trasporto disabili :

Tipologia del mezzo di trasporto	Posti a disposizione	Dati Assicurativi	Libretto di circolazione dati	Revisione del mezzo di trasporto	dotati di pedana (indicare SI o NO)

DICHIARA INOLTRE

In qualità di Legale Rappresentante del soggetto titolare e/o gestore _____ di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale, ai sensi della vigente normativa; di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali. Di non aver procedure fallimentari in corso. Si impegna, inoltre:

1. a garantire sui mezzi di trasporto personale idoneo come autista e accompagnatore;

Via Aldo Moro
84081 Baronissi (Sa)
Telefono 089/9760053
consorziovalleirnos6@pec.it
segreteria@consorziovalleirnos6.it



**CONSORZIO
SOCIALE
VALLE DELL'IRNO**
AMBITO S6

2. ad accettare di erogare il servizio suddetto così come previsto dall'Azienda Speciale Consortile Valle dell'Irno Ambito S6;
3. a comunicare qualsivoglia modifica, variazione e revoca.

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento e curriculum del servizio svolto nell'ultimo triennio.

Luogo e data

FIRMA

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Lì _____

Timbro e firma del Legale Rappresentante
