

**CRITERI E NORME DI QUALIFICAZIONE PER SERVIZI ASSICURATIVI
DELLA CONTRAM S.p.A., AI SENSI DELL'ART. 232, C. 3 D.LGS. N. 163/2006.
DURATA DEL SISTEMA DI QUALIFICAZIONE: 05.10.2015 - 30.09.2018.
DOMANDA D'ISCRIZIONE**

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____
nato il _____, in _____, CF/P.IVA _____
in qualità di Legale Rappresentante dell'impresa/consorzio/raggruppamento temporaneo
d'impresa (ragione sociale) _____
avente sede legale in (via, numero civico, cap., città, provincia) _____

CF/P.IVA _____ Tel. _____
Fax _____ PEC _____

CHIEDE

di che lo/a stesso/a sia iscritto/a al Sistema di qualificazione in oggetto per i servizi assicurativi ai sensi dell'art. 232, c. 3 d.lgs. n. 163/2006.

Dichiara

ai sensi dell'art. 79, comma 5-*quinques* Codice contratti quale domicilio eletto per le comunicazioni al seguente recapito (*barrare la/e casella/e corrispondente e compilare il/i relativo/i campo/i*)

- Indirizzo _____
 PEC _____
 Fax _____

Si allega alla presente:

- a) **dichiarazione sostitutiva** ai sensi degli artt. 46-47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. (Allegato B)
- b) **fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante** (allegando detta fotocopia, la sottoscrizione della dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 non è soggetta ad autenticazione);
- c) **copia del certificato di iscrizione alla C.C.I.A.A.** (o certificato equivalente per le imprese estere) in corso di validità;
- d) **eventuale copie di certificazioni.**

(In caso di consorzi o raggruppamenti temporanei d'impresa, detta documentazione dovrà essere presentata da ciascuna impresa del consorzio o del raggruppamento);

Luogo e data, _____

(Timbro e firma per esteso e leggibile del Legale Rappresentante)