

ALLEGATO A

Spett.le
Automobile Club Cremona
via XX Settembre n. 19
26100 Cremona
PEC: automobileclubcremona@pec.aci.it

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL CONFERIMENTO A MEDICI ABILITATI DELL'INCARICO DELL'EFFETTUAZIONE DI VISITE MEDICHE PER L'ACCERTAMENTO DEI REQUISITI FISICI E PSICHICI NECESSARI AL RILASCIO O AL RINNOVO DI TITOLI AUTORIZZATIVI ALLA GUIDA E/O AL PORTO DI ARMI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ CAP _____

indirizzo _____

CF/P.IVA _____

recapiti telefonici _____

indirizzo di posta elettronica _____

indirizzo di posta elettronica certificata _____

MANIFESTA

il proprio interesse a partecipare alla procedura di cui all'oggetto, come da avviso pubblicato nell'apposita sezione dell'Amministrazione trasparente del sito internet dell'Automobile Club Cremona www.cremona.aci.it in data 09/12/2025, essendo disponibile a svolgere le visite mediche di accertamento dei requisiti psicofisici di cui agli articoli (*barrare le caselle di interesse*):

- 119, c. 2, del d.lgs. 30 aprile 1992, n. 285 – Codice della strada (per l'ottenimento o il rinnovo della **patente di guida o dell'autorizzazione all'esercizio alla guida, compreso il test dei tempi di reazione**);
- 36, c. 3, del d.m. 29 luglio 2008, n. 146 – Regolamento attuazione del Codice della nautica da diporto (per il rilascio o la convalida della **patente nautica**);
- 38, c. 4, del r.d. 8 giugno 1931, n. 773 – Testo unico delle leggi di pubblica sicurezza (per il rilascio o il rinnovo dell'autorizzazione al **porto di fucile per uso sportivo/di caccia e al porto d'armi per uso difesa personale**).

presso la seguente sede:

Automobile Club Cremona – Via XX Settembre n. 19;

con i seguenti orari indicativi (barrare le caselle di interesse):

- mattina _____
- pomeriggio _____
- _____

A tal fine, consapevole che alla procedura di cui sopra si applicano le cause di esclusione di cui agli artt. 52, 94 e 95 del Codice dei contratti pubblici e che saranno esclusi gli operatori economici che abbiano affidato incarichi in violazione dell'art. 53, c. 16-ter, del d.lgs. n. 165 del 2001, **sotto la propria personale responsabilità – a norma degli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445/2000 – e nella consapevolezza che le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (ai sensi dell'art. 76 del d.P.R. 445/2000),**

DICHIARA

1. di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione previste dagli artt. 52, 94 e 95 del D.Lgs. n. 36/2023;
2. di essere iscritto/a all'Ordine dei medici chirurghi;
3. di essere abilitato/a allo svolgimento della o delle visite mediche di accertamento di cui alla pagina precedente, ai sensi di legge;
4. di essere a conoscenza che la presente non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo l'Ente che intende conferire l'incarico e che sarà libero di seguire anche altre procedure e si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di sua esclusiva competenza, il procedimento avviato, senza che i soggetti istanti possano vantare alcuna pretesa;
5. di essere a conoscenza che la presente non costituisce prova di possesso dei requisiti richiesti per l'affidamento, che saranno verificati nei modi e nei tempi previsti dalla legge.

Luogo e data

Firma

Allegare il proprio *curriculum vitae* datato e sottoscritto.

In caso di sottoscrizione non digitale, allegare anche copia di un documento di identità valido.