**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA** **CESSIONE A TITOLO GRATUITO DI APPARECCHIATURE SANITARIE IN FASE DI DISMISSIONE**

Il/La sottoscritto/a …………… …………, nato/a a ………… il .../.../..., codice fiscale ………........., nella qualità di …................................ dell’Operatore economico …………………………………, con sede legale in ………… Via/Piazza …………............, codice fiscale ..................................partita IVA …………………

PRESENTA

Manifestazione di interesse per la cessione a titolo gratuito di apparecchiature sanitarie in fase di dismissione.

A tal fine

DICHIARA

a) La non ricorrenza di alcuna delle cause di esclusione dalle procedure previste dagli artt. 94 e ss del D.Lgs. 36/2023

b) avere sede legale e/o operativa in Italia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA altresì che:

* il materiale donato sarà utilizzato rispettando le finalità proprie dell’istituto, ente, associazione;
* che il bene sarà preso in consegna a titolo definitivo e pertanto:
1. ogni tipo di assistenza e di manutenzione future sono a carico del soggetto assegnatario;
2. il bene è ritirato a cura e spese del soggetto ricevente, ivi compresi gli oneri di trasporto ed eventuali oneri di smontaggio da effettuarsi ad opera di incaricati dell’istituto in possesso di competenza adeguata; la Asl della Gallura resta indenne da qualsiasi tipo di onere relativo al ritiro, smontaggio, trasporto e installazione del bene presso il luogo di destinazione;
3. al termine dell’utilizzo non viene restituito alla Asl della Gallura ma smaltito secondo le procedure di legge a cura e spese del soggetto ricevente;
4. La Asl della Gallura è estranea ad ogni responsabilità comunque derivante dallo smontaggio, dal trasporto e dall’uso del bene, ivi compresi eventuali malfunzionamenti;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_\_\_\_ *firma del legale rappresentante*