

Oggetto: dichiarazione sostitutiva – Documentazione Amministrativa per l'affidamento dell'incarico DI
MEDICO COMPETENTE PER IL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA.

Il sottoscritt _____ nat_a _____ il _____
residente a _____ via _____ n. _____ con sede in
_____ via _____ n. _____ codice fiscale e/o partita IVA
_____ telefono _____ fax _____
indirizzo e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di aver preso visione di tutte le circostanze generali e particolari che possono aver influito sulla formulazione dell'offerta e che possono influire sull'espletamento del servizio e di accettare tutte le clausole presenti nel disciplinare e nel capitolato tecnico di gara.
- Di essere legale rappresentante della Ditta, e conseguentemente di avere l'idoneità alla sottoscrizione degli atti del presente invito;
- non trovarsi, né essersi trovati in alcuna delle condizioni di esclusione di cui all'art. 80, primo comma, lett. a), b), c), d) del D.Lgs. n. 50 del 18/04/2016;
- di possedere i requisiti per lavorare con le P.A.
- di non avere a carico esecuzioni di fallimento, liquidazione coatta amministrativa, ammissione di concordato o amministrazione controllata, né vi sono procedure avviate in proposito;
- di non avere pendente procedimento per l'applicazione di una procedura di prevenzione (art. 3 della L. 1423/56);
- non aver commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate o grave errore nell'esercizio dell'attività professionale accertate dalla stazione appaltante;
- di non trovarsi, in ogni caso, in nessuna ipotesi di incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione ai sensi delle norme vigenti;
- di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui sono stabiliti;
- che ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro, nonché gli obblighi relativi al pagamento di imposte o tasse sono assolti regolarmente;
- di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto di lavoro dei disabili oppure, in alternativa, non è tenuta all'osservanza di dette norme, ai sensi della L. 68/99;
- di essere in regola con le normative fiscali e previdenziali;
- di assumere tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della legge 13/08/2010 n. 136 e successive modifiche;
- di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi di versamento dei contributi assicurativi stabiliti dalle vigenti disposizioni (art. 2 del D.L.n.210/02 convertito in legge n.266/02)
- al fine di ottemperare a quanto disposto dall'art.3 della legge 13 agosto 2010 n.136 e s.m. di avvalersi del seguente conto corrente:

✓ CONTO CORRENTE BANCARIO/POSTALE DEDICATO IN VIA ESCLUSIVA: _____

✓ CONTO CORRENTE BANCARIO/POSTALE NON DEDICATO IN VIA ESCLUSIVA _____

PER TUTTE LE COMMESSE PUBBLICHE O CONCESSIONI DI FINANZIAMENTO COME DI SEGUITO SPECIFICATO:

✓ ACCESO PRESSO LA BANCA (O LE POSTE ITALIANE S.P.A.) _____

AVENTE LE SEGUENTI COORDINATE : IBAN _____

✓ COMUNICA ALTRESI':

- CHE I SOGGETTI DELEGATI AD OPERARE SU DETTO CONTO SONO I SEGUENTI:

- il sig./ra _____ nato/a _____
il _____ prov. _____ codice fiscale
_____;
- il sig./ra _____ nato/a a
_____ il _____ prov. _____ codice
fiscale _____;
- il sottoscritto si impegna altresì a comunicare ogni eventuale variazione dei dati sopra dichiarati.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e del RE 679/2016 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data

firma leggibile del dichiarante

Allega: Documento di identità in corso di validità