 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ATS Insubria</p>	<p><i>Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria</i> UOC PROGRAMMAZIONE E GESTIONE APPROVVIGIONAMENTO BENI E SERVIZI</p>	MOD-PGABS-MDS-R01	
	<p>MODELLO: Modulo dichiarazione sostitutiva</p>	<p>Data di emissione: 22/10/2018</p>	<p>Pag. 1 di 2</p>

N.B.: da compilarsi in modo chiaro e leggibile in tutti i campi

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA resa ai sensi del D.P.R. n. 445/2000

Il sottoscritto _____
nat ___ a _____ il _____
residente a _____
in via _____
in qualità di (indicare carica sociale) _____
e come tale in rappresentanza dell'impresa (indicare ragione sociale dell'impresa) _____


con sede legale in _____ CAP _____
via _____
telefono _____ fax _____
sede operativa in _____ CAP _____
via _____
telefono _____ fax _____
indirizzo posta pec _____
codice fiscale _____ partita IVA _____
sede Distrettuale Imposte Dirette _____
(sede ed indirizzo completo)

consapevole della responsabilità che assume e delle sanzioni stabilite dalla vigente normativa nei confronti di chi effettua dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

- 1) che l'impresa e i suoi legali rappresentanti non si trovano in alcuna delle cause di esclusione dalla partecipazione alle gare d'appalto, previste dall'art. 80 del D. Lgs. 50/2016;
- 2) (*barrare fattispecie ricorrente*) che l'impresa (se italiana), in attuazione della Legge 68 del 12.03.1999 – Art. 17 – e delle Circolari Ministero Lavoro nn. 4-36-41-79/2000
 - a) non è assoggettabile alle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili in quanto:


_____;
 - b) è assoggettabile alle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili in quanto:

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ATS Insubria	Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria UOC PROGRAMMAZIONE E GESTIONE APPROVVIGIONAMENTO BENI E SERVIZI	MOD-PGABS-MDS-R01	
	MODELLO: Modulo dichiarazione sostitutiva	Data di emissione: 22/10/2018	Pag. 2 di 2

INDICARE IL NUMERO DI DIPENDENTI _____

- 3) (*barrare fattispecie ricorrente*) che:
- a) per l'attività inerente all'appalto da eseguire il prestatore di servizio è iscritto nel "Registro della Camera di commercio, industria, agricoltura e artigianato" o nel "Registro delle commissioni provinciali per l'artigianato", (se chi esercita l'impresa è italiano o cittadino di altro Stato CE residente in Italia), presso la CCIAA di _____
con n° _____;
 - l'impresa, in quanto costituente cooperativa è iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. _____;
 - altro (*specificare*) _____;
- 4) di aver preso visione presso l'indirizzo www.ats-insubria.it del codice etico aziendale, codice di comportamento e piano triennale anticorruzione nonché del patto d'integrità in materia di contratti pubblici regionali (allegato) e di impegnarsi ad adottare nello svolgimento della sua attività comportamenti conformi alle previsioni in essi contenute;
- 5) di applicare ai propri dipendenti le condizioni previste nei contratti di lavoro vigenti nonché di adempiere agli obblighi in materia di sicurezza, di condizioni di lavoro, di previdenza e di assistenza in vigore nel luogo ove deve essere eseguito l'appalto (ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008 e D.Lgs. 106/2009) e di tenere conto di quanto predetto nella redazione della futura propria offerta;
- 6) di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti dell' ATS dell'Insubria (ex ASL della Provincia di Varese ed ex ASL della Provincia di Como) che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della predetta ATS, nei propri confronti, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto, ai sensi dall'art. 53, comma 16-ter del D.Lgs. n. 165/2001 s.m.i.;"
- 7) di aver preso visione e di accettare incondizionatamente le norme e condizioni riportate nella documentazione di gara (compresi gli allegati);
- 8) di aver preso conoscenza delle condizioni locali, di tutte le circostanze generali e particolari che possano aver influito o influire sull'esecuzione dell'appalto nonché sulla determinazione della propria offerta e di giudicare pertanto remunerativa l'offerta presentata;
- 9) che il periodo per il quale l'offerente è vincolato alla propria offerta è di 180 giorni dalla data di scadenza del termine fissato per la presentazione della stessa;
- 10) di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 della L. 196/2003 e smi e del Regolamento UE n. 679 del 27/04/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici nell'ambito e ai fini del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di autorizzare il trattamento come riportato nella nota "Informativa ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196 del 30/06/2003 e smi e Regolamento UE n. 679 del 27/04/2016 per fornitori dell'Azienda", allegata ai documenti di gara;
- 11) dichiarazione in ordine ai requisiti di capacità professionale.

-che l'impresa possiede una esperienza nei servizi di trasloco e facchinaggio anni 2018/2019/2020 come di seguito specificato:

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ATS Insubria	Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria UOC PROGRAMMAZIONE E GESTIONE APPROVVIGIONAMENTO BENI E SERVIZI	MOD-PGABS-MDS-R01	
	MODELLO: Modulo dichiarazione sostitutiva	Data di emissione: 22/10/2018	Pag. 3 di 2

N.B.: il presente documento dovrà essere sottoscritto con firma digitale dal legale rappresentante dell'impresa (o persona munita di comprovati poteri di firma, la cui procura dovrà essere prodotta nella documentazione amministrativa).

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera.

Si richiamano le sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.