

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ATS Insubria	Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria SC Gestione Acquisti, Provveditorato-Economato	MOD-GAPE-MDS-R05	
	MODELLO: Modulo dichiarazione sostitutiva	Data di emissione: 07/02/2023	Pag. 1 di 3

Il sottoscritto _____ **C.F.** _____
 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 _____ **e-mail** _____
 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 partecipa alla presente procedura (barrare la voce di interesse):

☐ **come impresa singola;**

☐ **come _____ (capogruppo o mandante) del Raggruppamento Temporaneo formato con le seguenti ditte/società (indicare la denominazione delle ditte/società, specificando se siano mandanti o capogruppo, specificando anche: il nome del legale rappresentante, la sede sociale, codice fiscale e partita Iva)**

☐ **come consorzio (specificarne la forma e i componenti)**

2) 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;

3) (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

☐ **non 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 SC Gestione Acquisti, Provveditorato-Economato	MOD-GAPE-MDS-R05	
	MODELLO: Modulo dichiarazione sostitutiva	Data di emissione: 07/02/2023	Pag. 2 di 3

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

INDICARE IL NUMERO DI DIPENDENTI _____

- 4) (barrare fattispecie ricorrente) che:
- ☐ 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) _____;
- 5) di aver preso visione presso l'indirizzo www.ats-insubria.it del codice di comportamento e del **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) - sezione anticorruzione, che ha assorbito i contenuti del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**, 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;
- 6) 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;
- 7) di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti dell'ATS dell'Insubria 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.”;
- 8) di aver preso visione e di accettare incondizionatamente le norme e condizioni riportate nella documentazione di gara (compresi gli allegati);
- 9) 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;
- 10) 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;
- 11) 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;
- 12) che _____ l'impresa, _____ per _____ lo svolgimento _____ del/della _____ servizio/fornitura _____ di _____:
- possiede tutti i requisiti di idoneità tecnico professionale previsti dall'art. 26, comma 1 lettera a), punto 2, del D.Lgs. 81 del 09/04/2008 e smi;
 - ha elaborato il documento di valutazione dei rischi;
 - ha nominato il responsabile del servizio prevenzione e protezione.

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ATS Insubria	Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria SC Gestione Acquisti, Provveditorato-Economato	MOD-GAPE-MDS-R05	
	MODELLO: Modulo dichiarazione sostitutiva	Data di emissione: 07/02/2023	Pag. 3 di 3

13) che in caso di aggiudicazione i dati per trasmissione ordini tramite NSO sono i seguenti:

Dati per il recapito degli ordini elettronici		Contatto per problematiche	
Canale di ricezione	Codice Identificativo del canale	Indirizzo e-mail	Contatto telefonico

14) di essere a conoscenza che la Stazione Appaltante si riserva il diritto di procedere d'ufficio a verifiche, anche a campione, in ordine alla veridicità delle dichiarazioni rilasciate da questa impresa, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente;

N.B.: il presente documento deve essere compilato in modo chiaro e leggibile in tutti i campi.

Il 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.