DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA

(ai sensi del D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i.)

All' Ospedale Civile ora Casa di Riposo - IPAB

Via Bell Ville, 12

10060 BRICHERASIO (TO)

PEC: casaripbricherasio@pec.it

Oggetto: Affidamento del servizio/fornitura/lavoro Smart CIG

Il sottoscritto _____, titolare legale rappresentante procuratore
come da procura generale/speciale n. rep. _____ del _____ (*barrare la voce che interessa*)
dell'impresa _____

con sede legale in _____

e sede amministrativa in _____

indirizzo e-mail _____,

indirizzo PEC _____ con tel n° _____

e con fax n° _____, con codice fiscale n° _____ e con

partita IVA n° _____

Contratto Collettivo Nazionale dei Lavoratori applicato è il seguente _____

che la dimensione aziendale è la seguente (barrare la voce che interessa):

- da 0 a 5 dipendenti; da 6 a 15 dipendenti;
- da 16 a 50 dipendenti; da 51 a 100 dipendenti;
- oltre;

consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, così come stabilito dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, in relazione al servizio/fornitura di cui all'oggetto

DICHIARA

1. di non ricorrere in alcuna delle cause di esclusione previste dall'art. 80 del D.Lgs n. 50/2016;
2. di possedere i requisiti di idoneità professionale di cui all'art. 83, comma 3, del D.Lgs n. 50/2016;
3. di possedere i requisiti di idoneità tecnico-professionale di cui all'art. 26 del D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. necessari allo svolgimento del presente affidamento;
4. di non essere oggetto di provvedimenti di sospensione o interdittivi di cui all'art. 14 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.;
5. di impegnarsi a rispettare tassativamente i contratti collettivi nazionali di lavoro di settore, gli accordi sindacali integrativi, le norme sulla sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro e tutti gli adempimenti di legge nei confronti dei lavoratori dipendenti o soci e che ha adempiuto, all'interno della propria azienda, agli obblighi di sicurezza previsti dalla vigente normativa;
6. che l'impresa non ha in essere, ai sensi dell'art. 1, comma 42, lett. L) della L. 6/11/2012, n° 190, contratti di assunzione e di collaborazione con dipendenti pubblici in quiescenza da meno di tre anni che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto di questa stazione appaltante;
7. che il valore economico dell'offerta è adeguato e sufficiente rispetto al costo del lavoro ex art. 1 legge n. 327/2000 e s.m.i. e di avere tenuto conto dei costi relativi alla sicurezza (d.lgs n. 81/2008);
8. di non trovarsi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi (artt. 2 e 6 del D.P.R. N. 62/2013 e s.m.i.);
9. di aver preso visione ed accettare integralmente i contenuti del D.P.R. n. 62/2013 “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici” e dell'art. 2 del Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Ospedale Civile ora Casa di Riposo IPAB Bricherasio, adottato con Deliberazione del Collegio Commissariale n. 14 del 16/10/2015 e scaricabile al seguente link:
<http://www.casariposobricherasio.it/it/amministrazionedoc?Id=102#briciole>
10. di osservare le disposizioni in materia di tracciabilità dei flussi finanziari contenute nell'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n° 136, relative ai pagamenti di forniture e servizi effettuati a favore dell'Ospedale Civile ora Casa di Riposo IPAB Bricherasio; e a tal fine

DICHIARA ALTRESÌ

11. che gli estremi identificativi del conto corrente bancario/postale “*dedicato*” alle commesse pubbliche nel quale transiteranno tutti i movimenti finanziari relativi alla gestione dei contratti conclusi con l' Ospedale Civile ora Casa di Riposo IPAB Bricherasio sono i seguenti:

conto corrente bancario codice IBAN:

presso la Banca _____

Agenzia di _____

oppure

conto corrente postale codice IBAN:

presso le Poste Italiane SpA;

- che le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di esso sono:

Cognome e nome _____

nato/a _____ il _____

codice fiscale _____

Cognome e nome _____

nato/a _____ il _____

codice fiscale _____

Cognome e nome _____

nato/a _____ il _____

codice fiscale _____

(si precisa che nel caso la ditta utilizzi ulteriori conti correnti e altre persone siano delegate ad operare su tali conti, vige l'obbligo di comunicarli tutti)

- che la ditta utilizzerà per tutte le proprie transazioni relative alle commesse pubbliche il/i conto/i corrente/i dedicato/i sopra indicato/i, comprese le transazioni verso i propri subcontraenti;
- di essere a conoscenza degli obblighi a proprio carico disposti dalla legge n. 136/2010 e s.m.i. e di prendere atto che il mancato rispetto degli stessi, oltre alle sanzioni specifiche, comporta la nullità assoluta del contratto e, nel caso di mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, determina la risoluzione di diritto del contratto;
- che negli eventuali contratti sottoscritti con i subappaltatori e i subcontraenti inserirà, a pena di nullità assoluta, un'apposita clausola con la quale ciascuno di essi assume gli obblighi di

tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge sopra richiamata conformemente a quella riportata nel seguente modulo;

- che darà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante e alla Prefettura-Ufficio Territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione Appaltante, qualora avesse notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 legge 136/2010 e s.m.i.;
- che qualora nel corso del rapporto contrattuale si dovessero registrare modifiche rispetto ai dati di cui sopra, la ditta si impegna a darne comunicazione all' Ospedale Civile ora Casa di Riposo IPAB Bricherasio, entro 7 giorni;

Al fine di consentire la verifica della propria dichiarazione di cui al punto 1. dichiara altresì che:

- l'Agenzia delle Entrate presso la quale provvede ad assolvere gli obblighi di pagamento delle imposte e delle tasse ha sede in _____
cap. _____ via _____ n° _____;
- il Tribunale – sezione Fallimentare – competente per territorio ha sede in _____
cap. _____, via _____ n° _____;
- le misure di prevenzione sono verificabili presso il Tribunale di _____,
cap. _____, via _____ n° _____;
- l'ufficio presso cui verificare la dichiarazione relativa all'ottemperanza alla legge che disciplina il diritto al lavoro dei disabili, competente per territorio è _____,
con sede in _____, cap. _____, via _____ n° _____.

Note aggiuntive facoltative del dichiarante: _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del D.Lgs 196 del 2003 e s.m.i.

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., si informa che i dati personali raccolti nell'ambito della presente procedura verranno trattati al solo fine di ottemperare agli obblighi di cui al D.Lgs 163 del 2006 e s.m.i. o altra normativa in materia di appalti e di cui alla legge 136 del 2010 e s.m.i. ed all'esecuzione del contratto. I dati forniti saranno trattati nell'assoluto rispetto della normativa in materia di privacy; in ogni caso l'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 7 e seguenti D.Lgs. 196/2003 e s.m.i..Il trattamento dei dati sarà effettuato tramite supporti cartacei ed informatici, dal titolare, dal responsabile e dagli incaricati con l'osservanza di ogni misura cautelativa, che ne garantisca la sicurezza e la riservatezza. Il titolare del trattamento è l' Ospedale Civile ora casa di Riposo - IPAB- Via Bell Ville, 12 - BRICHERASIO (TO). *Si prende altresì atto che, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n° 445/2000 e s.m.i. - non è richiesta autenticazione della sottoscrizione, ma il titolare/legale rappresentante – sottoscrittore deve allegare semplice copia fotostatica di un proprio documento d'identità in corso di validità.*

_____ li _____

luogo

data

Firma _____

si allega alla presente copia fotostatica non autentica del documento di identità del sottoscrittore