

| |
|---|
| ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE: |
| <p>1 La dichiarazione va compilata correttamente <u>in ogni sua parte</u>, apponendo una X in corrispondenza delle lettere (1), 2), 3) ecc.,.....) riferite ai requisiti posseduti e barrando, se necessario, le parti che non interessano</p> <p>2 Leggere attentamente le ulteriori istruzioni riportate in nel testo, indicate nelle note e nello spazio <i>Avvertenze</i></p> |

| |
|---|
| <p>OGGETTO: <i>(specificare oggetto della fornitura/servizio)</i></p> |
|---|

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(resa ai sensi degli artt. 46,47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto
nato a(.....) il
domiciliato per la carica ove appresso, in qualità di ¹.....
dell'azienda
con sede in(.....), via
in qualità di ².....
pienamente consapevole della responsabilità penale cui va incontro, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione, esibizione o uso di atti falsi ovvero di atti contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARA E ATTESTA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1) che l'azienda è iscritta nel Registro delle Imprese **e/o** nel Repertorio Economico Amministrativo della Camera di Commercio di per la/le seguente/i attività

.....

.....

.....

e che i dati dell'iscrizione sono i seguenti (per i concorrenti con sede in uno stato straniero indicare i dati di iscrizione nell'albo o nella lista ufficiale dello Stato di appartenenza):

¹ La dichiarazione deve essere effettuata da un legale rappresentante o da un procuratore speciale. In quest'ultimo caso deve essere fornito dall'impresa la procura speciale da cui trae i poteri di firma.

² Inserire la dicitura opportuna tra: "Impresa/azienda singola" o "Capogruppo di ATI composta dalle imprese (inserire il loro nominativo)" o "mandante di ATI composta dalle imprese (inserire il loro nominativo)"

- numero di iscrizione
- data di iscrizione
- forma giuridica
- sede
- codice fiscale e partita iva
- I titolari, soci, direttori tecnici, amministratori muniti di rappresentanza, soci accomandatari sono :

(indicare *i nominativi, le qualifiche, le date di nascita e la residenza*)

| NOME | COGNOME | QUALIFICA | DATA E LUOGO DI NASCITA | | RESIDENZA |
|------|---------|-----------|-------------------------|--|-----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

2) di non rientrare in nessuna delle condizioni previste dall'art. 80 del d.lgs 50/2016³;

3) **Barrare la casella che interessa:**

- che non ci sono soggetti cessati dalla carica di *titolari, soci, direttori tecnici, amministratori muniti di rappresentanza, soci accomandatari* nell'anno antecedente la data di pubblicazione del bando di gara
ovvero
 - che i soggetti cessati dalla carica non si trovano nelle condizioni previste dall'art.80 d.lgs 50/2016
ovvero
 - che nei loro confronti è stata emessa la seguente condanna passata in giudicato per uno dei reati elencati nell'art.80 del d.lgs 50/2016:
(indicare nome e cognome della persona che ha subito la condanna ed i dettagli della relativa condanna)
-
-

³ Si prega di leggere attentamente l'art. 80 del Dlgs. 50/2016 pubblicato nella Gazzetta ufficiale (16G00062) (GU Serie Generale n.91 del 19-4-2016 – Suppl. Ordinario n. 10), prima di rilasciare la dichiarazione.

e che per i predetti soggetti sono stati adottati atti e misure di completa ed effettiva dissociazione dimostrabili con la seguente allegata documentazione:

(indicare gli allegati e i soggetti a cui questi sono riferiti)

.....
.....
.....

- 4) di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (L. 12 marzo 1999, n. 68) in quanto:
- l'impresa non è tenuta al rispetto delle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (L. 12 marzo 1999, n. 68), avendo alle dipendenze un numero di lavoratori inferiore a quindici
 - ovvero**
 - l'impresa/azienda, avendo alle dipendenze un numero di lavoratori compreso tra 15 e 35 e, non avendo proceduto – successivamente al 18.1.2000 – ad assunzioni che abbiano incrementato l'organico, non è attualmente obbligata a presentare il prospetto informativo di cui all'art. 9 della L. n. 68/1999
 - ovvero**
 - l'impresa/azienda ha adempiuto alle prescrizioni di cui alla L. n. 68/1999;
- 5) di non avere allo stato attuale conflitto di interesse tra l'attività pubblica e quella privata oggetto della sponsorizzazione;
- 6) di non avere allo stato attuale alcun contenzioso con l'Azienda o la Camera di Commercio di Padova;
- 7) **barrare la casella che interessa:**
- che il soggetto concorrente non si è avvalso dei piani individuali di emersione del lavoro sommerso ai sensi della legge 18.10.2001, n. 383 e s.m.i.;
 - ovvero**
 - che il soggetto concorrente si è avvalso dei piani individuali di emersione del lavoro sommerso ai sensi della legge 18.10.2001, n. 383 e s.m.i. e che il periodo di emersione si è concluso;
- 8) di aver adempiuto all'interno della propria impresa, agli obblighi di sicurezza previsti dal D.Lgs. 81/2008;
- 9) che i prodotti/servizi/lavori offerti rispettano le normative nazionali ed europee sulla sicurezza del lavoro, dell'ambiente, della salute umana e le norme di cui al D.Lgs. 152/2006 "Codice in materia ambientale";
- 10) di non aver ricevuto la revoca di forniture/servizi per inadempienze contrattuali per forniture di prodotti analoghi da parte di pubbliche amministrazioni;
- 11) che l'Impresa si obbliga ad attuare, a favore dei lavoratori dipendenti, condizioni retributive non inferiori a quelle risultanti dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e dagli accordi locali integrativi degli stessi, applicabili alla categoria per il tempo e nella località in cui si svolgono i servizi;

12) che il n. di dipendenti addetti al servizio (da inserire solo in caso di prestazione di servizi) per l'appalto in oggetto è pari a

13) che la Direzione Provinciale del Lavoro competente ai sensi della L. 383/01 è quella di:
..... Comune
Via civ. CAP Prov.
Tel fax..... e-mail

14) che l'impresa corrisponde il pagamento delle imposte e delle tasse previste dalla legislazione italiana presso la sede dell'Agenzia delle Entrate di:
..... Comune
Via civ. CAP Prov.
Tel fax..... e-mail

15) *ai fini della verifica sulla regolarità contributiva presso gli enti competenti* (barrare la parte che non interessa e compilare solo la parte che interessa):

IMPRESE CON DIPENDENTI (INCLUSE LE AZIENDE SPECIALI CAMERALI)

indirizzo esatto delle sedi INPS e INAIL competenti presso le quali sono aperte le posizioni assicurative dei propri dipendenti, a fini previdenziali e assistenziali nonché i relativi codici e matricole:

- INPS sede competente:
- INPS codice ditta:
- INAIL sede competente:
- INAIL codice ditta:
- INAIL PAT posizioni assicurative territoriali riferite alla copertura dello specifico rischio:
- SEDE OPERATIVA dell'azienda:
- C.C.N.L. applicato ai propri dipendenti :

☐ IMPRESE SENZA DIPENDENTI

Nel caso in cui l'impresa non abbia dipendenti e il titolare di impresa individuale e/o i soci siano iscritti al INPS gestione ARTIGIANI - COMMERCianti si prega di indicare:

NOME E COGNOME DEI SOGGETTI INTERESSATI

.....
.....
.....

MATRICOLA INPS DEI SOGGETTI E SEDE INPS DI ISCRIZIONE

.....
.....
.....

INAIL sede competente

INAIL codice ditta

(indicare se non tenuto all'iscrizione all'INAIL)

N. FAX

E-MAIL

☐ LAVORO AUTONOMO IN FORMA DI IMPRESA

Che opera avvalendosi del seguente regime agevolato (barrare la casella che interessa):

- Contribuenti minimi art. 1, c. 100 l. 244/2007
- Regime sostitutivo nuove iniziative (emergenti) art. 13 L. 388/2000
- Nessun regime agevolato

Iscritto alla Cassa Previdenziale dell'Albo/Ordine

Con applicazione del contributo integrativo (barrare la casella che interessa):

- 2% - Contributo Previdenziale art. 8 D.lgs. 103/96
- 4% - Contributo Previdenziale art. 8 D.lgs. 103/96

- 4% - Rivalsa del contributo previdenziale art. 1, c. 212 D.l. 662/96 (art. 2, c.26 Legge 335/95)

Nel caso il professionista impieghi per l'esercizio della sua attività lavoratori dipendenti iscritti all'Inps o sia egli stesso iscritto all'INPS Gestione Separata si prega di indicare:

NOME E COGNOME DEI SOGGETTI INTERESSATI

.....
.....
.....

MATRICOLA INPS DEI SOGGETTI E SEDE INPS DI ISCRIZIONE

.....
.....
.....

INAIL sede competente

INAIL codice ditta

(indicare se non tenuto all'iscrizione all'INAIL)

N. FAX

E-MAIL

□ IMPRESE NON TENUTE ALL'ISCRIZIONE E AL VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI INPS E/O INAIL

Barrare una delle ipotesi seguenti specificando i motivi della mancata iscrizione:

- L'impresa non è tenuta all'iscrizione e al versamento dei contributi previdenziali e assistenziali agli enti di cui sopra in quanto (specificare il motivo)

.....
.....

- e/o i soggetti titolari Sigg.
non sono tenuti all'iscrizione e al versamento dei contributi previdenziali e assistenziali agli enti di cui sopra in quanto (specificare il motivo)

.....
.....

Firma dei Titolari (allegare documento d'identità)

.....
.....

- e/o i soci Sigg.
non sono tenuti all'iscrizione e al versamento dei contributi previdenziali e assistenziali
agli enti di cui sopra in quanto (specificare il motivo)

.....
.....

Firma dei Titolari (allegare documento d'identità)

.....
.....

SI IMPEGNA

a comunicare ogni eventuale variazione dei dati indicati nel presente modulo.

Luogo e data,

DICHIARANTE

FIRMA

Sig.

.....

in qualità di legale rappresentante

Allegare fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del soggetto dichiarante (carta d'identità, patente di guida o passaporto, ecc.), ai sensi dell'articolo 80 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.