

ALLEGATO "A"

OGGETTO: FOMAZIONE ALBO DITTE – OPERATORI ECONOMICI PER
SERVIZIO AMBULANZA CON AUTISTA, PERSONALE MEDICO E
INFERMIERISTICO TRASPORTO DETENUTI.
PRESSO GLI ISTITUTI PENITENZIARI DI REGGIO CALABRIA
ARGHILLA' - G. PANZERA.

Il sottoscrittonato a
.....
il, in qualità di
.....
dell'impresa
.....
con Sede in
....., Via
.....

C H I E D E

Di essere iscritto presso l'Albo Ufficiale della Direzione Casa Circondariale di
Reggio Calabria per il seguente lavoro – servizio manutenzione:

OGGETTO: FOMAZIONE ALBO DITTE – OPERATORI ECONOMICI PER
SERVIZIO AMBULANZA CON AUTISTA, PERSONALE MEDICO E
INFERMIERISTICO TRASPORTO DETENUTI.
PRESSO GLI ISTITUTI PENITENZIARI DI REGGIO CALABRIA
ARGHILLA' - G. PANZERA.
AI SENSI DELL'ART. 50 D.LSVO 36-2023.
PROCEDURA NEGOZIATA.

DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole
delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. 445/2000, per
le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, quanto segue:

- che legali rappresentanti dell'Impresa sono i Signori:
 1. nome e cognome (luogo e data di nascita)
..... (carica)
 2. nome e cognome (luogo e data di nascita)
..... (carica)
 3. nome e cognome (luogo e data di
nascita) (carica)
.....
- che direttori tecnici dell'Impresa sono i Signori:
 1. nome e cognome

(luogo e data di nascita)

2. nome e cognome

(luogo e data di nascita)

3. nome e cognome

(luogo e data di nascita)

- che non ricorre, nei confronti del concorrente e delle persone fisiche sopra indicate, alcuna delle cause di esclusione dalle gare per l'affidamento di lavori pubblici di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50-2016
- che nei propri confronti e nei confronti degli ulteriori soggetti indicati, non è pendente un procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 3 della legge 27 dicembre 1956 n. 1423 o di una delle cause ostative previste dall'art. 10 della legge 31 maggio 1965, n. 575;
- che l'impresa mantiene le seguenti posizioni previdenziali ed assicurative:

INPS: sede di _____
matricola n. _____
(nel caso di iscrizione presso più sedi, indicarle tutte)

INAIL: sede di _____
matricola n. _____
(nel caso di iscrizione presso più sedi, indicarle tutte)

- di possedere l'iscrizione Camera Commercio che si allega in copia;
- di essere iscritto sul ME.PA. servizi sorveglianza sanitaria;
- di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili (L. 12 marzo 1999, n. 68)
- di aver adempiuto, all'interno della propria azienda, agli obblighi di sicurezza previsti dalla vigente normativa nonché di essere in possesso dei requisiti di idoneità tecnico professionale in relazione alle prestazioni oggetto di affidamento, ai sensi dell'art. 26, comma 1, lettera a), punto 2) del D.Lgs 81/2008;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali in conformità ed ai sensi del D.Lgs. n. 163/2003.

FIRMA

N.B.

La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore.

Tutti i soggetti dichiaranti devono allegare copia fotostatica del documento di identità.