



Ambito Territoriale dei Servizi Sociali C03

Comune Capofila Teano



Modello C – Dichiarazione di affidabilità

DICHIARAZIONE DI AFFIDABILITÀ GIURIDICO - ECONOMICO – FINANZIARIA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a

a _____ () il ___ / ___ / _____ C.F. _____

residente in _____ (cap _____) Via/Piazza _____ n. _____

in qualità di legale rappresentante di _____

con sede legale in _____ CF/PIVA _____

soggetto capofila della costituita/costituenda ATS

partner della costituita/costituenda ATS

DICHIARA

(ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e con la espressa consapevolezza di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del medesimo DPR, rispettivamente sulle conseguenze civili e penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci)

- di non essere incorso nelle situazioni di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. n.50/2016 e s.m.i.
- che non è stata pronunciata nei propri confronti alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A;
- di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;
- che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e ss.mm.ii.;

DICHIARA, altresì

che il soggetto di cui ha la rappresentanza:

(barrare solo le caselle pertinenti)

- ha sede operativa in Regione Campania;
- non si trova in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero non ha in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo triennio;
- è regolarmente iscritto, laddove previsto per legge, alla CCIAA;
- non è tenuto all'iscrizione alla CCIAA (indicare la motivazione _____);
- è in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:



Ambito Territoriale dei Servizi Sociali C03

Comune Capofila Teano



INPS _____ matricola _____ sede di _____

INAIL _____ matricola _____ sede di _____

- è esente dall'obbligo di iscrizione all'INPS/INAIL (indicare la motivazione _____);
- è iscritto a registri/albi/elenchi/.....di riferimento;
- è in regola con gli obblighi previsti dalla Legge 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili;
- non ha messo in pratica atti, patti o comportamenti discriminatori ai sensi degli artt. 25 e 26 del Decreto legislativo 198/2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna" così come integrato dal D.lgs 14 settembre, n. 151, ai sensi dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005 n. 246", accertati da parte della direzione provinciale del lavoro territorialmente competente.

Il/la sottoscritto/a rilascia autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm.ii.

Data _____

timbro e firma del legale rappresentante
