

AUTOCERTIFICAZIONE VOLTA A COMPROVARE LA SUSSISTENZA DEI REQUISITI DI MORALITÀ PROFESIONALE (in caso di raggruppamento o altre forme di raggruppamento compilare una scheda per ogni legale rappresentante degli ETS che ne fanno parte)

(artt. 46, 47 e 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
 esente da bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DA PARTE DI ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO/ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE IN POSSESSO DELL'AUTORIZZAZIONE EX L.R.P. 42/92 PER COLLABORARE CON L'ASL CN2 IN SERVIZI DI TRASPORTO INTEROSPEDALIERO PROGRAMMATO E DI TRASPORTO SU PATOLOGIE AUTORIZZABILI E CONTINUAZIONE DI CURE NONCHÉ PER SERVIZI DI TRASPORTO URGENTE NON SANITARIO (EMODERIVATI, ORGANI E TESSUTI). PERIODO DAL 01/01/2018 – 31/12/2018.

Io sottoscritto _____

nato a _____ (____) il _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

in qualità di legale rappresentante dell' ODV APS

denominata _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

P.IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

con sede legale in _____;

con sede operativa in _____;

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e delle conseguenze previste dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARO

- di essere l'unico componente del Direttivo ad avere la legale rappresentanza dell'ETS
oppure
- che oltre a me hanno la legale rappresentanza dell'ETS anche i seguenti altri componenti del direttivo

COGNOME NOME	CPDICE FISCALE

(in questo caso le dichiarazioni di cui ai punti a seguire devono essere rese mediante autocertificazione, resa da ognuno dei suddetti soggetti)

l'assenza di condanne penali a mio carico;

oppure

che sono state pronunciate a mio carico le seguenti condanne (vanno autocertificate anche le condanne estinte, per le quali è intervenuta riabilitazione, quelle con il beneficio della non menzione, o relative a reati depenalizzati):

l'inesistenza a mio carico di procedure/provvedimenti di fallimento, concordato, preventivo o di amministrazione controllata;

oppure

l'esistenza a mio carico delle/dei seguenti procedure/provvedimenti di fallimento, concordato, preventivo o di amministrazione controllata e delle seguenti (eventuali) riabilitazioni:

che non mi trovo nelle condizioni di incapacità a contrarre con la pubblica Amministrazione né ho commesso errore grave nell'esercizio della mia attività professionale.

Ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196, dichiaro di essere informato e di dare il mio consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'ASL CN2 ai fini della presente procedura.

Data _____

TIMBRO ETS

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Avvertenze

la presente dichiarazione sostitutiva di atto notorio, compilata sul presente modulo o su riproduzione propria purché integralmente riportante tutte le voci del modello proposto, deve essere:

- completamente compilata in ogni sua parte, compresa l'apposizione di contrassegno su tutte le caselle (Nel caso in cui la dichiarazione preveda due possibilità distinte, dovrà essere cancellata l'opzione che non interessa);
- presentata unitamente a copia fotostatica di un valido documento di identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 (è sufficiente produrre un'unica fotocopia del documento d'identità per tutte le autocertificazioni rese)