



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000.

(DA COMPILARE DEBITAMENTE IN OGNI SUA PARTE AVENDO CURA DI NON TRALASCIARE ALCUNA INFORMAZIONE E DI CONTROLLARE CHE I NUMERI DI TELEFONO E DI FAX DELLE VARIE AMMINISTRAZIONI SIANO CORRETTI)

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____ C.F.: _____

residente in _____ in qualità di _____

autorizzato a rappresentare legalmente la Ditta _____

con sede legale in _____ c.a.p. _____

Via _____ Tel. _____ Fax _____

e sede operativa in _____ c.a.p. _____

Via _____ Tel. _____ Fax _____

Costituita con atto del _____

Capitale Sociale in Euro _____

Codice Fiscale _____ Partita I.V.A. _____

- Consapevole ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi;
- Consapevole che, qualora fosse accertata ai sensi e per gli effetti dell'art. 71 e 75 del D.P.R. 445/2000, la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, la ditta rappresentata verrà esclusa dalla procedura ad evidenza pubblica per la quale è rilasciata, o, se risultata aggiudicataria, decadrà dalla aggiudicazione medesima;
- Consapevole che, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo l'avvio della fornitura, il contratto potrà essere risolto di diritto dalla ASL ai sensi dell'art. 1456 del codice civile;

DICHIARA

- 1) Che la suddetta società non si trova in alcuna delle situazioni di esclusione dagli appalti pubblici previste dall'art. 38 del D.Lgs n. 163/2006 e s.m.i. "Requisiti di ordine generale"
- 2) Che l'indirizzo a cui inviare le **comunicazioni di aggiudicazione di cui al D.Lgs. 163/2006** e s.m.i. è il seguente:

Via.....Città.....

Cap..... Telefono..... Fax



www.regione.piemonte.it/sanita



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

Inidirizzo di posta elettronica: **indirizzo di posta elettronica certificata:** **P.I./Cod. Fisc. 02419170044**

Di autorizzare l'utilizzo del fax sopra indicato per l'invio delle comunicazioni

Che la suddetta società è iscritta nei registri commerciali e professionali dello Stato di residenza nel campo delle forniture oggetto della gara con indicazione della specifica attività d'impresa (art. 39 del D.Lgs. n. 163/2006 s.m.i. "Requisiti di idoneità professionale") completare:

La società è iscritta al Registro delle Imprese di
al nr. dal

Al numero Registro Ditte/Repertorio Economico Amministrativo

dal Oggetto sociale

3) (per le imprese individuali) che il titolare dell'impresa è il Sig.

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Residenza

4) (per tutte le imprese) che il direttore tecnico dell'impresa è il Sig.

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Residenza

5) che i soci, gli amministratori muniti di poteri di rappresentanza sono i seguenti:

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Residenza Incarico societario

.....

.....

6) Ai sensi dell'art. 38 comma 2 del D.Lgs. 163/2006, il concorrente è tenuto ad indicare di seguito le condanne penali riportate dai soggetti di cui all'art 38 comma 1 lettera c), comprese le eventuali condanne per le quali si sia beneficiato della non menzione (non è tenuto ad indicare le condanne per reati depenalizzati ovvero dichiarati estinti dopo la condanna stessa, né le condanne revocate, né quelle per le quali è intervenuta la riabilitazione):

.....

.....

.....

7) che i soggetti cessati dalla carica nell'anno precedente la data di pubblicazione del Bando di Gara sono i seguenti:



www.regione.piemonte.it/sanita



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 - 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: aslcn2@legalmail.it - www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residenza _____

Incarico societario _____ Data di cessazione _____

.....

.....

☐ nei confronti dei soggetti sopra indicati non è stata pronunciata sentenza o decreto di condanna passato in giudicato di cui all'art. 38 comma 1 lettera c) D.Lgs. 163/2006 s.m.i.

OPPURE

☐ nei confronti dei soggetti sopra indicati è stata pronunciata la seguente sentenza o decreto di condanna passato in giudicato di cui all'art. 38 comma 1 lettera c) D.Lgs. 163/2006 s.m.i.:

- _____ soggetto _____ condannato.....sentenza/decreto
del.....

Si dichiara che vi è stata da parte dell'impresa completa ed effettiva dissociazione dalla condotta penalmente sanzionata come dimostrato dalla documentazione che si allega.

8) che il codice attività dell'impresa è _____

9) che l'Agenzia delle Entrate territorialmente competente, per i necessari accertamenti in materia di obblighi relativi al pagamento delle imposte e delle tasse è:

Agenzia delle Entrate di _____ Indirizzo _____

n. tel. _____ n. fax _____

10) che la sede INPS competente, per i necessari accertamenti in materia di versamento dei contributi previdenziali obbligatori è la seguente:

Sede di _____ indirizzo _____

n. tel. _____ n. fax. _____

Nr. pos.contributiva _____

Ai fini della richiesta del DURC indicare il nr. dipendenti _____ e il C.C.N.L. applicato _____

11) che la sede INAIL competente, per i necessari accertamenti in materia di versamento dei contributi assicurativi obbligatori è la seguente:

Sede di _____ Indirizzo _____

n. tel. _____ n. fax _____

Nr. pos.assicurativa _____



www.regione.piemonte.it/sanita



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

- 12) che la sede dell'**UFFICIO PROVINCIALE** competente, per i necessari accertamenti in materia di obblighi derivanti dalla Legge relativa al diritto al lavoro dei disabili è la seguente:

Indirizzo _____

n. tel. _____ n. fax _____

- 13) che la sede del **TRIBUNALE - UFFICIO CARICHI PENDENTI/CASELLARIO GIUDIZIALE** competente, per i necessari accertamenti relativi a certificati di carichi pendenti è la seguente: _____ indirizzo _____

n. tel. _____ n. fax _____

- 14) di aver valutato tutte le circostanze e le condizioni contrattuali che possono incidere sull'esecuzione del contratto e di averne tenuto conto nella formulazione dell'offerta;

- 15) che la propria offerta è giudicata remunerativa e irrevocabile per cui si impegna, in caso di aggiudicazione, a stipulare il conseguente contratto;

- 16) di essere in possesso di tutte le autorizzazioni previste dalla normativa vigente e relative alla produzione e commercializzazione dei prodotti offerti e di impegnarsi a comunicare immediatamente all'A.S.L. le eventuali sospensioni o revoche delle autorizzazioni di cui sopra;

- 17) l'insussistenza, a carico della Ditta rappresentata delle interdizioni previste dalla normativa antimafia;

- 18) che le ditte raggruppate, in caso di assegnazione, si conformeranno alla disciplina prevista dall'art. 37 D.Lgs 163/2006;

- 19) di(barrare una casella):

non essersi avvalso di piani individuali di emersione di cui all'articolo 1-bis comma 14 della legge 18/10/2001 n. 383

OPPURE

essersi avvalso degli stessi e di aver concluso il periodo di emersione;

- 20) che la ditta non si trova in stato di sospensione ai sensi del D. Lgs. 81/08;

- 21) che ai sensi dell'art. 38 comma 1 lettera m-quater D.Lgs 163/2006 la ditta : (**barrare la casella interessata**):

non si trova in alcuna situazione di controllo di cui all'art. 2359 del codice civile rispetto ad alcun soggetto, e ha formulato l'offerta autonomamente;

non è a conoscenza della partecipazione alla medesima procedura di soggetti che si trovano, rispetto al concorrente, in una delle situazioni di controllo di cui all'art. 2359 del codice civile e di aver formulato l'offerta autonomamente;

è a conoscenza della partecipazione alla medesima procedura di soggetti che si trovano, rispetto al concorrente, in situazione di controllo di cui all'art. 2359 del codice civile e di aver formulato autonomamente l'offerta. I soggetti rispetto ai quali sussiste tale situazione sono i seguenti:..... **In tal caso la presente dichiarazione deve essere corredata dai documenti utili a dimostrare che la situazione di controllo non ha influito sulla formulazione dell'offerta . Tali documenti devono essere inseriti in separata busta chiusa .**



www.regione.piemonte.it/sanita



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

Data _____

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

**Timbro della Ditta/Impresa e
Firma del Legale Rappresentante**

N.B. : Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata la fotocopia, non autenticata, del documento di identità del sottoscrittore.

Ai sensi del D. Lgs. 196/03 Codice in materia di protezione dei dati personali, con la firma in calce alla presente domanda di partecipazione a gara, esprimo il mio consenso e autorizzo l'A.S.L. CN2 al trattamento dei miei dati personali, esclusivamente per le finalità inerenti la gestione della procedura.

**Timbro della Ditta/Impresa e
Firma del Legale Rappresentante**



www.regione.piemonte.it/sanita