Azienda per l'Assistenza Sanitaria

n. 5 "Friuli Occidentale"

Via della Vecchia Ceramica, 1 – 33170 Pordenone
C.F. e P.I. 01772890933 – PEC aas5.protgen@certsanita.fvg.it

All' A.A.S. n. 5 Friuli Occidentale

Sede operativa:

Via Montereale n. 24

33170 - PORDENONE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di certificazione e di atto di notorietà ex artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____
in via _____ n. _____ in qualità di _____
della Ditta/Società _____ avente sede legale in _____
cap. _____ via _____ tel. n. _____ e sede operativa in _____
_____ cap. _____ via _____ tel. n. _____
_____ C.F. _____ e
P.IVA _____

dichiara espressamente

in nome e per conto della suddetta Ditta/Società quanto segue:

- 1) Di non trovarsi in alcuna delle condizioni di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50/2016;
- 2) Di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili, di cui alla Legge 12.03.99 n.68, o di non esservi assoggettati;
- 3) Che in caso di affidamento della presente fornitura di bene/servizio assumerà gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla L.136/2010;
- 4) Di impegnarsi ad utilizzare uno o più conti correnti bancari o postali, accesi presso banche o presso la società Poste Italiane S.p.A. dedicati alle commesse pubbliche per i movimenti finanziari relativi alla gestione del presente appalto;
- 5) Che gli estremi identificativi dei conti correnti di cui al punto precedente sono i seguenti

Che le persone delegate ad operare su di essi sono le seguenti:

- 6) Che la ditta corrisponde il pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali presso:
l'Ufficio INPS di _____ via _____ CAP _____
Numero di matricola (iscrizione) _____;
l'Ufficio INAIL di _____ via _____ CAP _____
Numero di matricola (iscrizione) _____;
- 7) Che la ditta applica ai suoi lavoratori il seguente CCNL: _____;

- 8) Che il n. di dipendenti della ditta è: n. _____;
- 9) Che la ditta si impegna a consentire all'Amministrazione le verifiche di cui al comma 9 dell'art. 3 della L. 136/2010 e ss.mm.;

DICHIARA

- di aver preso visione delle disposizioni del D.P.R. 62/2013, Codice di comportamento dei dipendenti pubblici;
- di rispettare gli obblighi di condotta, per quanto compatibili, previsti dal D.P.R. 16/4/2013, n. 62 "Regolamento recante Codice di comportamento dei dipendenti pubblici", nonché dal Codice di comportamento dei dipendenti dell'AAS n.5 Friuli Occidentale approvato con decreto n. 50 del 30/01/2015, pena la risoluzione del contratto - v. http://www.aopn.sanita.fvg.it/it/azienda_informa/a_trasparente/allegati/codice_di_comportamento_AAS5.pdf
- l'insussistenza di situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, con l'Azienda (organo di vertice, Direttore della SC, eventualmente RUP) ai sensi degli artt. 2, 6 e 7 del D.P.R. 62/2013, per quanto compatibili

Si prega altresì di indicare:

Indirizzo di Posta certificata aziendale: _____

Indirizzo ove inviare gli ordini _____

Agente di Zona _____

telefono _____ Fax _____

E-mail _____

Data, _____

Firma *

(*) Titolare, rappresentante legale, procuratore, ecc.

Il trattamento dei dati riportati avverrà nel rispetto del D.Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" . Titolare del trattamento è l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" di Pordenone, Responsabile del Trattamento è il Direttore della S.C. Approvvigionamenti e Logistica.