

AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE:

- Il Modulo non deve essere bollato. Ogni pagina del presente modulo deve essere timbrata e firmata per esteso ed in maniera leggibile dal sottoscrittore. Deve essere allegata copia di un documento di identità valido del sottoscrittore.
- Il modulo deve essere compilato in stampatello ed in modo leggibile in ogni sua parte provvedendo a barrare (selezionare) le parti che interessano e/o a cancellare le parti che non interessano.

**AL COMUNE DI BOLOGNA
SETTORE AMBIENTE**

**P.zza Liber Paradisus 10 – 40129 Bologna
Tel.051/2193840– Fax 051/2193175**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(da restituire in carta libera debitamente compilata e sottoscritta)

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLO SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO DI SUPPORTO ED ASSISTENZA TECNICA AL PROGETTO EUROPEO DENOMINATO “GAIA (GREEN AREAS INNER-CITY AGREEMENTS)”.

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e
residente a _____ C.A.P. _____ in Via _____ n°
_____, in qualità di _____¹
dell'impresa _____, con
sede legale _____ e
con sede operativa _____
n.tel. _____ n. fax _____
Codice Fiscale _____ P.IVA _____

avvalendosi della facoltà concessagli dagli artt. 46 e 47 del D.P.R n° 445/2000, per la documentazione relativa all'appalto in oggetto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

¹ Specificare il titolo del dichiarante (carica ricoperta, estremi della procura, etc.);

DICHIARA

1. che l'impresa (Codice fiscale/n. Iscrizione _____) risulta iscritta al Registro delle Imprese presso la C.C.I.A.A. di _____ al n. Repertorio Economico Amministrativo _____, o al seguente analogo registro di altro stato aderente all'UE _____ per la seguente attività _____

_____ dal _____;

(nel caso) all'Albo nazionale degli enti cooperativi al n. _____ dal _____;

(nel caso) all'Albo regionale delle cooperative sociali al n. _____ dal _____;

2. che l'indirizzo dell'ufficio competente INPS è _____ e che il numero di Matricola INPS è _____;

3. che l'indirizzo dell'ufficio competente INAIL è _____ e che il numero Posizione Assicurativa Territoriale INAIL è _____;

4. che l'indirizzo dell'ufficio provinciale competente al quale rivolgersi per la verifica del rispetto della L.n.68/1999 è _____;

5. che il numero dei dipendenti dell'azienda è attualmente pari a _____;

6. - che le generalità del/i legale/i rappresentante/i dell'impresa sono le seguenti:

Sig. _____ nato a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ Prov. _____

Carica sociale _____

Con scadenza il _____

- che le altre persone aventi la legale rappresentanza e/o i direttori tecnici dell'impresa sono attualmente:

Sig. _____ nato a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ Prov. _____

Carica sociale _____

Con scadenza il _____

Sig. _____ nato a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ Prov. _____

Carica sociale _____

Con scadenza il _____

Sig. _____ nato a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ Prov. _____
Carica sociale _____
Con scadenza il _____

Sig. _____ nato a _____ il _____
Residente in _____ Via _____ Prov. _____
Carica sociale _____
Con scadenza il _____

- che le persone che hanno avuto la legale rappresentanza e/o che sono state direttori tecnici dell'impresa e che sono cessate dalla carica nel triennio antecedente la data di pubblicazione del bando di gara sono:

Sig. _____ nato a _____ il _____
Residente in _____ Via _____ Prov. _____
Carica sociale _____
Carica cessata il _____

Sig. _____ nato a _____ il _____
Residente in _____ Via _____ Prov. _____
Carica sociale _____
Carica cessata il _____

Sig. _____ nato a _____ il _____
Residente in _____ Via _____ Prov. _____
Carica sociale _____
Carica cessata il _____

Sig. _____ nato a _____ il _____
Residente in _____ Via _____ Prov. _____
Carica sociale _____
Carica cessata il _____

Sig. _____ nato a _____ il _____
Residente in _____ Via _____ Prov. _____
Carica sociale _____
Carica cessata il _____

7. il possesso dei requisiti di ordine generale per la stipula di contratti con la Pubblica Amministrazione di cui all'art. 38 del

Data

Timbro dell'impresa e firma del legale rappresentante

D.Lgs. n. 163/2006;

8. il tassativo ed integrale rispetto del contratto collettivo di lavoro nazionale e, se esistenti, degli integrativi territoriali e/o aziendali, delle norme in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.Lgs. n. 81/2008, nonché di tutti gli adempimenti di legge nei confronti dei lavoratori dipendenti o soci;

9. **(SELEZIONARE IL CASO):**

___ di essere in regola con le norme che disciplinano il lavoro dei disabili (L. n. 68/1999);

ovvero

___ di non essere soggetti alle norme che disciplinano il lavoro dei disabili (L. n. 68/1999).

Eventuali ulteriori comunicazioni:

.....

In fede.

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

(sottoscrizione in originale)

(Attenzione: apporre timbro e firma nello spazio sovrastante e non solo in fondo alla presente pagina)

Alla suddetta dichiarazione allega congiuntamente (barrare le caselle):

copia fotostatica del documento di identità valido del soggetto firmatario

altro (specificare) _____

N.B. Ogni pagina del presente modulo dovrà essere timbrata e firmata per esteso ed in maniera leggibile dal legale rappresentante che sottoscriverà le dichiarazioni sostitutive

NOTA: Si informa che, ai sensi del D.Lgs. 196/03, i dati forniti dai concorrenti saranno utilizzati solo ed esclusivamente ai fini istituzionali e per la gestione del contratto in oggetto

Data

Timbro dell'impresa e firma del legale rappresentante