

## AUTODICHIARAZIONE

POSSESSO REQUISITI EX ARTT. 80 E 83 D.LGS. 50/2016 E S.M.I.

Il/La sottoscritto/a AGATINO CARIOLA

nato/a a CATANIA il 8/11/1961

e residente in CATANIA (CT)

via VIALEXX SETTEMBRE n. 47/E

telefono n. 0957462292 fax n. 0957464228

in qualità di TITOLARE

(titolare, legale rappresentante)

dell'Impresa STUDIO LEGALE CARIOLA

con sede legale in CATANIA

via GABRIELLO ARNAZZA n. 51 cap 95129

Codice Fiscale CRLGTNG1508C351Q Partita. I.V.A. 03186140871

**ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria esclusiva responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dalla legislazione penale e dalle leggi speciali in materia di falsità degli atti, con espresso riferimento all'impresa che rappresenta**

### DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. di possedere i requisiti di ordine generale previsti dall'art. 83 del D.lgs. 50/2016 e s.m.i. ed in particolare di non trovarsi nelle condizioni di esclusione dalla partecipazione alle gare di appalto e di stipula dei relativi contratti previste dall'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.i.

- Dichiaro inoltre che la (*ragione sociale*) \_\_\_\_\_ è iscritta al Registro delle Imprese, se italiana, della Camera di Commercio di \_\_\_\_\_, o al registro professionale dello Stato di residenza

\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_, a decorrere dal \_\_\_\_\_, per l'esercizio dell'attività \_\_\_\_\_

- Il sottoscritto dichiara inoltre, così come previsto dall'art.14 bis della legge n.106 del 12.07.2011, di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei propri lavoratori e che l'impresa mantiene le seguenti posizioni previdenziali e assicurative:

Codice ditta INAIL n. 20352092/32

PAT 95501939

codice Sede INAIL competente 41300

Matricola INPS (con dipendenti) n. \_\_\_\_\_

Matricola INPS (senza dipendenti, posizione personale) n. \_\_\_\_\_

Nome e codice Sede INPS competente \_\_\_\_\_

**Nota bene:**

**nel caso in cui la sede legale non coincida con quella operativa specificare i dati di entrambe**

**in caso di mancata iscrizione o all'Inps o all'Inail, precisarne le ragioni con nota a parte da allegare alla presente, specificando l'eventuale diverso fondo di iscrizione)**

N° di dipendenti in servizio: \_\_\_\_\_

**Contratto Collettivo Nazionale dei Lavoratori applicato**

\_\_\_\_\_

- Il sottoscritto dichiara inoltre di essere in regola con le norme previste dalla legge 12 marzo 1999 n. 68 in materia di diritto al lavoro dei disabili,

*ovvero o in alternativa (deppennare la parte che non interessa)*

che il prestatore di servizi non è soggetto alle disposizioni di cui alla Legge 12.3.1999 n. 68.

Si comunicano inoltre gli estremi identificativi dei c/c bancari o postali dedicati per il servizio/fornitura in questione:

IBAN (o altro): IT54 W032 9601 6010 0006 6439 882

Si comunicano le generalità e il Codice fiscale delle persone delegate ad operare sugli stessi:

CRISTALDI ANNA MARIA, C.F. CRSNMR63M71L483E

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di impegnarsi a sottostare, senza condizione o riserva alcuna del vigente Regolamento per le acquisizioni in economia di beni, forniture e servizi e di tutte le disposizioni della presente procedura.

Il sottoscritto, infine, autorizza ad effettuare ogni comunicazione inerente la presente procedura al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata – PEC

A.GATINO.CAROLA@PEC.ORDINEAVVOCATICALATANIA.IT.....

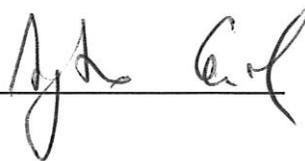
ovvero via fax al numero 0957464228.

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni eventuale variazione dei dati sopraindicati entro sette giorni lavorativi dal verificarsi della variazione.

Letto, confermato e sottoscritto.

DATA, 10.10.2019

FIRMA



***La presente dichiarazione non è soggetta ad autenticazione, ma dovrà essere accompagnata, a pena di esclusione, da copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità, ai sensi dell'art. 38, comma 3, D.P.R. 445/2000.***