

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

Il/La sottoscritto/a OLIVERI ARDUO MARIA  
nato/a a CATANIA il 12/07/1965  
e residente in CATANIA ( )  
via SAN GIOVANNI DI LI CUTI n. 74  
telefono n. 095 7223091 fax n. 095 7223091  
in qualità di TITOLARE  
(titolare, legale rappresentante)  
dell'Impresa STUDIO PROFESSIONALE AW- ARDUO OLIVERI  
con sede legale in CATANIA  
via BOLOGNA n. 7 cap 95127  
Codice Fiscale LVR RRM 65 LIE C358 K Partita. I.V.A. 03235810870

**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. \_\_\_\_\_

PAT \_\_\_\_\_

codice Sede INAIL competente 20142066-24

Matricola INPS (con dipendenti) n. 210882383P

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: 0

**Contratto Collettivo Nazionale dei Lavoratori applicato**

TERZIARIO

- 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 (depenare 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): IT540200816937000300625902

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

\_\_\_\_\_

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

oliveri.orturo@pec.ordineavvocatiare.it

ovvero via fax al numero \_\_\_\_\_.

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, 04/07/2010

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.***