

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: UNO

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 (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): 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.