

AUTODICHIARAZIONE

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

Il/ La sottoscritto/a AVV. LAURA CONCETTA LO FARO
nato/a a CATANIA il 27/04/1986
e residente in CATANIA (CT)
via S. LUCA EVANGELISTA n. 2
telefono n. 095/535285 (studio) fax n. _____

in qualità di _____

(titolare, legale rappresentante)

dell'Impresa

con ~~sede legale~~ ^{STUDIO} in VIA UMBERTO 297 - CATANIA

via _____ n. _____ cap 95129

Codice Fiscale LFRLCN86D67C351L Partita. I.V.A. 05141860873

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) SOTTOSCRITTA AVV. LAURA C. LO FARO ^{è iscritta} al Registro delle Imprese, se italiana, ~~della Camera di Commercio di _____~~ o al registro professionale dello Stato di residenza

ITALIA al n. 7735, a decorrere dal 2/12/2014, per
l'esercizio dell'attività di AVVOCATO

- 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 _____

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): IT30P30150300000002959407

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

lauralofaro@pec.onlineavvocaticatania.it

ovvero via fax al numero 095.535311

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, 31/03/2020

FIRMA

Nanna E. No. Di

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.

