

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 46-47 del DPR 445/2000)

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente _____ prov. _____

via _____ n. _____

• in qualità di legale rappresentante dell'Impresa: _____

• in qualità della ditta individuale: _____

cod. fiscale _____ partita IVA _____

con sede legale in _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____

con sede operativa in _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____

Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro

settore _____

DATI INPS E INAIL

matricola INPS _____

sede competente INPS _____

codice ditta INAIL _____

sede competente INAIL _____

Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro

settore EDILIZIA

Posizione Contributiva Cassa Edile

cod. impresa _____

cassa edile _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 445/2000 consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione la scrivente impresa non riceverà il pagamento per la fornitura/servizio di cui all'ordinativo n. emesso dal Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive della "Sapienza" Università di Roma.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. che l'impresa è iscritta , per attività inerenti l'oggetto della fornitura, al Registro delle Imprese presso la CCIAA di _____ al n. _____
2. che gli amministratori muniti di rappresentanza sono:
cognome _____ nome _____
cognome _____ nome _____
3. che l'Impresa non si trova in alcuna delle situazioni di esclusione dalla partecipazione alle gare di cui all'art.38 D.Lgs n.163/2006 e s.m.i
4. che l'Impresa ha n. _____ dipendenti
5. di essere in regola alla data del _____ con i versamenti INPS e INAIL

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sui dati personale, di cui al D.Lgs n.196, in calce alla presente.

Data _____ Timbro e Firma _____

Allegare copia di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore delle dichiarazioni

Si informa che i dati personali acquisiti dal Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive della Sapienza Università di Roma (responsabile del trattamento) saranno utilizzati esclusivamente per il compimento delle attività previste dalla legge e per il raggiungimento delle finalità istituzionali del Dipartimento.

Il conferimento dei dati è strettamente funzionale allo svolgimento di tali attività ed il relativo trattamento verrà effettuato, anche mediante l'uso di strumenti informatici, nei modi e limiti necessari al perseguimento di dette finalità. E' garantito agli interessati l'esercizio dei diritti di cui all'art.7 del D.Lgs. n.196/03.