

Avviso pubblico finalizzato all'individuazione di un Ente del Terzo Settore per la realizzazione del Progetto "CAFFE' ED ATELIER ALZHEIMER" mediante attivazione di coprogettazione ai sensi dell'art. 55 del D.Lgs. 117/2017

MOD. 2 - fac-simile della dichiarazione sostitutiva di certificazioni

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____
via/piazza _____ n. _____
codice fiscale _____
in qualità di legale rappresentante dell'ETS (Ente Terzo Settore)

avente forma giuridica _____
codice fiscale _____ partita I.V.A. _____
sede legale (indirizzo completo di CAP) _____
sede operativa (indirizzo completo di CAP) _____

telefono _____ fax _____ e-mail _____ PEC _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità ed avendone piena conoscenza, consapevole delle responsabilità penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, richiamate dagli artt. 75 e 76 del medesimo decreto

DICHIARA

(N.B. Le dichiarazioni contenute nel presente modello sono da rendere, salvo diversa specifica, da parte di tutti i partecipanti)

- che l'ETS:

- ha la seguente forma giuridica

- ha il seguente codice fiscale

- ha la seguente partita IVA

- è iscritto al n. del Registro Unico Nazionale del Terzo Settore *(Il requisito si intende soddisfatto per gli enti del Terzo Settore che risultavano già iscritti ai relativi e preesistenti registri regionali o provinciali prima del 23/11/2021, data di entrata in vigore del Registro Unico Nazionale del Terzo Settore, in attesa del trasferimento dei dati al RUNTS, come da decreto direttoriale del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali n. 561 del 26 ottobre 2021)*

- ha il seguente oggetto sociale:

.....

ed esercita le seguenti attività:

.....

- ha sede legale in:

via n.

- ha sede operativa in:

via n.

- ha domicilio fiscale in:

via n.

- che l'ETS/ o _____ ha i seguenti recapiti:

telefono: fax:

pec:posta elettronica non certificata:

(N.B. La dichiarazione di cui al punto successivo è da rendere in caso di firma congiunta)

- che in base allo statuto o atto costitutivo i poteri di amministrazione sono attribuiti alla/e seguente/i persona/e:
.....(cognome e nome), nato/a a il C.F.
.....(cognome e nome), nato/a a il C.F.

- che in base allo statuto o atto costitutivo la rappresentanza legale è attribuita alle seguenti persone:

- nato/a a il C.F.

carica sociale data di nomina data di scadenza

- nato/a a il C.F.

carica sociale data di nomina data di scadenza

(N.B. aggiungere righe per ulteriori partner diversi dal capofila)

- *(dichiarazione da rendere solo in caso di firma congiunta)* che il/i seguente/i legale/i rappresentante/i:

ha/hanno firma congiunta con il/i seguente/i altro/i legale/i rappresentante/i:

e che per la presentazione della domanda di partecipazione è necessaria non è necessaria *(barrare l'opzione prescelta)* la firma congiunta fra n. legali rappresentanti;

DICHIARA INOLTRE

- di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs 50/2016, e in ogni altra situazione soggettiva che possa determinare l'esclusione dalla presente selezione e/o l'incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione;

- di non avere a proprio carico divieti a contrattare con la Pubblica Amministrazione;

- di non aver affidato incarichi in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. del 2001, n. 165;

- di non avere in corso procedimenti pendenti per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 3, della legge n. 1423/1956 e s.m.i. o di una o più cause ostative previste dall'art. 10, della legge n. 575/1965 e s.m.i;

- di non essere in corso in una delle cause di decadenza, divieto o sospensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. 6 settembre 2011, n. 159, e dei tentativi di infiltrazione mafiosa di cui all'art. 4, del d.lgs. 8 agosto 1994, n. 490;

- di non aver subito in sentenze di condanna passata in giudicato, o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 c.p.p., per reati gravi in danno dello Stato o

della Comunità che incidono sulla moralità professionale, o condanna, con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'art. 45, paragrafo 1, direttiva CE 2004/18;

- di non essere incorso in violazioni, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana;

- di avere sede legale e/o sede operativa nel territorio dell'ATS n°2 Paola - Cetraro;

- Di essere in possesso di comprovata esperienza nello svolgimento di Atelier Alzheimer a soggetti affetti da demenza svolta per almeno 6 mesi negli ultimi 3 anni (anche non continuativi) realizzati per pubbliche amministrazioni, come di seguito indicato:

ENTE PUBBLICO COMMITTENTE: _____

DATA E NUMERO ATTO DI CONFERIMENTO _____

DURATA IN MESI _____

INCARICO/PROGETTO/ATTIVITA' _____

-DI ESSERE IN POSSESSO DI TUTTI I REQUISITI, ANCHE QUI NON ELENCATI, RICHIESTI DALL'AVVISO.;

- di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nell'avviso;

ATTESTA ALTRESÌ

di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente avviso, nonché dell'esistenza dei diritti di cui all'articolo 7 del medesimo decreto legislativo.

Data _____

**Timbro e firma
del Legale Rappresentante**

N.B.: Allegare copia di un documento d'identità in corso di validità del Legale Rappresentante del soggetto capofila