

AVVISO FINALIZZATO ALL'INDIVIDUAZIONE DI ENTI DEL TERZO SETTORE PER LA COPROGETTAZIONE CON LA SOCIETÀ DELLA SALUTE FIORENTINA NORD OVEST DI ATTIVITÀ RIVOLTE A SOGGETTI ACCOLTI IN EMERGENZA ABITATIVA NEL COMUNE DI CALENZANO

MOD. 2 dichiarazione sostitutiva di certificazioni

Il sottoscritto

nato a ilC.F.

nella qualità di legale rappresentante di (indicare la ragione sociale del soggetto rappresentato)

.....

con sede legale in Via

codice fiscale, partita I.V.A.,

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

DICHIARA

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

1. che il soggetto rappresentato:

- ha la seguente forma giuridica

- ha il seguente codice fiscale

- ha la seguente partita IVA

è iscritto al n. del Registro/Albo

di cui alla Leggeiscrizione con numero/atto.....del.....

- ha il seguente oggetto sociale:

.....

ed esercita le seguenti attività:

.....

- ha sede legale in:

via n.

- ha domicilio fiscale in:

via n.

2. che il soggetto rappresentato ha i seguenti recapiti:

telefono:

pec:

posta elettronica non certificata:

3. che il soggetto rappresentato ha maturato nel corso del triennio 2018-2020 una comprovata e documentata competenza ed esperienza in attività simili a quelle richieste nell'avviso di coprogettazione, come da dettaglio seguente:

Durata dal/al	Tipologia	Soggetto titolare dell'intervento	Atto di riferimento dell'incarico

DICHIARA INOLTRE

4. di possedere i requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione;

5. che nel proprio Statuto è previsto il conseguimento di finalità compatibili con l'avviso;

6. di essere in regola con l'applicazione della normativa vigente in materia, relativamente alle posizioni contrattuali, contributive e assicurative (con particolare riferimento ai dipendenti e ai collaboratori), nonché alle norme sulla sicurezza dei luoghi di lavoro;

7. di osservare tutte le disposizioni di legge in materia di copertura assicurativa dei volontari contro gli infortuni e le malattie connessi allo svolgimento delle attività di volontariato, nonché per la responsabilità civile verso i terzi (art. 18 D.Lgs. n. 117/2017), esonerando la Società della Salute Fiorentina Nord Ovest da ogni responsabilità;

8. di non trovarsi in alcuna delle situazioni di esclusione dalla partecipazione alla presente procedura di cui all'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., nonché l'insussistenza di ogni situazione che determini l'incapacità di contrarre con la pubblica amministrazione;

9. l'assenza di carichi pendenti e insussistenza di condanne penali da almeno tre anni;

ATTESTA

di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 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 15 del medesimo decreto legislativo.

Data

Timbro dell'Associazione

Firma del Legale Rappresentante

N.B.: Allegare copia di un documento d'identità del Legale Rappresentante dell'Associazione capofila.