



Unione europea



REGIONE
LAZIO



SU CARTA INTESTATA DEL CANDIDATO

ALLEGATO "B"

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.I.S. Via di Saponara, 150
00126 Roma

Oggetto: Dichiarazione allegata alla domanda di partecipazione alla gara d'appalto del servizio di Assistenza specialistica a favore degli allievi con disabilità o svantaggio sociale — Lotto n. 1

POR FSE 2014-2020 Asse II - Inclusione sociale e lotta alla povertà - Priorità 9i - Obiettivo specifico 9.2 "Incremento dell'occupabilità, della partecipazione al mercato delle persone maggiormente vulnerabili"

Il sottoscritto _____ nato/a a _____ il _____ e
residente in Via/Piazza _____ cap _____ C.F. _____ identificato
a mezzo n. _____ rilasciata da _____ il _____,
in qualità di _____
della Associazione/Cooperativa _____
con sede in Via/Piazza _____
cap _____ C.F. _____
Partita Iva _____ numero iscrizione CCIA _____

ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 consapevole delle conseguenze civili e penali previste dalla legge per coloro che rilasciano dichiarazioni false o mendaci

DICHIARA

1. che l'Impresa ha il seguente numero di partita I.V.A.: _____ ed il seguente codice fiscale: _____
2. che gli amministratori muniti di poteri di rappresentanza sono: _____
3. ovvero che non vi sono altri amministratori con potere di rappresentanza oltre al dichiarante (barrare la dicitura che interessa); che l'Associazione / Cooperativa è iscritta alla Camera di Commercio Artigianato o all' Anagrafe Unica delle ONLUS per l'attività relativa al servizio oggetto d'appalto con il numero _____



Unione europea



REGIONE
LAZIO



4. è in possesso dei requisiti e delle autorizzazioni di legge per svolgere le attività previste nel capitolato d'oneri per l'appalto dei servizi educativi per disabili presso l'I.I.S. Via di Saponara, 150
6. è accreditata presso distretti socio sanitari/Comune di Roma
7. di non aver subito condanne penali e che non vi sono in corso procedimenti che impediscono la partecipazione a gare /procedure di affidamento pubbliche (l'indicazione è riferita al titolare dell'impresa individuale o a tutti i soci se trattasi di Società);
8. che l'Impresa non si trova in stato di liquidazione o fallimento e che non vi sono procedimenti fallimentari e/o concordati preventivi in corso;
9. che procedure di fallimento o di concordato non si sono verificate nei cinque anni precedenti alla data della presente procedura;
10. che non esistono condizioni che impediscono l'assunzione di pubblici appalti ai sensi della vigente normativa antimafia;
11. di essere in regola con gli obblighi contributivi, assistenziali e previdenziali nei confronti dei lavoratori dipendenti;
12. di essere in regola ai fini fiscali ai sensi dell'art. 80 c.4 del D.Lgvo 50/2016;
13. di essere in regola con i versamenti dovuti ad Equitalia ai sensi del D.M. n. 40/2008;
14. di ottemperare alle disposizioni dell'art. 3 L. 136/2010 in materia di flussi finanziari;
15. di essere iscritto alla sede INPS di _____ matricola n. _____
16. di essere iscritto alla sede INAIL di _____ matricola n. _____
17. che nulla risulta a proprio carico nel casellario giudiziale generale alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di _____
18. che non si è accordato e non si accorderà con altri partecipanti alla selezione per limitare od escludere in alcun modo la concorrenza;
19. di impegnarsi a conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza;
20. che in caso di individuazione si obbliga espressamente a segnalare qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità o distorsione nelle fasi di svolgimento della procedura e/o durante l'esecuzione del contratto, da parte di ogni interessato o addetto o di chiunque possa influenzare le decisioni relative alla selezione in oggetto e di obbligarsi a collaborare con le Forze di Polizia, denunciando ogni tentativo di estorsione, intimidazione o condizionamento di natura criminale;
21. di avere stilato e di applicare una Carta dei Servizi, che espliciti l'approccio metodologico utilizzato, le strategie, le professionalità presenti;



22. di impegnarsi ad applicare a favore dei propri dipendenti ovvero dei soci lavoratori se società cooperativa, condizioni normative e trattamenti retributivi previdenziali ed assicurativi non inferiori a quelli previsti dai contratti collettivi;
23. di rispettare gli obblighi previsti dal D.Lgs. 81/2008 per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
24. di possedere tutte le licenze amministrative igienico sanitarie di legge;
25. di disporre le strutture logistiche, organizzative e funzionali nonché la consistenza patrimoniale per l'assunzione del servizio;
26. Il recapito cui inviare la lettera di invito afferente l'eventuale procedura, è il seguente:
denominazione _____

via/piazza _____
 codice fiscale _____ partita I.V.A. _____
 telefono _____

27. Che, al fine della presente procedura, il referente è individuato nella persona di: Nominativo referente _____

Indirizzo postale _____

recapito telefonico _____

e-mail _____

29. ha svolto i servizi di assistenza specialistica per disabili presso istituzioni scolastiche pubbliche per utenti di età compresa tra i 13 ed i 19 anni di seguito indicati

Durata servizio - da - a	Presso scuole di II grado indicare il nome dell'Istituto

Il sottoscritto allega alla presente dichiarazione:

- fotocopia fronte-retro di un valido documento di riconoscimento sottoscritto



- Allegato A Capitolato d'oneri sottoscritto e timbrato in ogni pagina quale segno di accettazione di tutte le clausole in esso contenute, corredato dei curricula degli operatori presentati e di copia dei relativi documenti personali di identità.
- l'informativa di cui all'art. 13 del D.lgs 196/03 (informativa sulla privacy) debitamente firmata
- di assumere tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e s.m.i. e che gli estremi identificativi del conto corrente bancario/postale dedicato alle commesse pubbliche nel quale transiteranno tutti i movimenti finanziari relativi alla vendita, sono i seguenti:

Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	Numero conto corrente
Banca					Agenzia

- che le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di esso sono:

Cognome e Nome _____ nato/a _____ il _____

C.F. _____

Cognome e Nome _____ nato/a _____ il _____

C.F. _____

Luogo e data _____

Il Legale Rappresentante