

ALLEGATO A3– DICHIARAZIONI

Su carta intestata della/e Fondazione/i ITS

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE ai sensi del DPR 445/2000 artt. 46 e 47

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
CF _____ residente a _____ CAP _____
in via e n. civico _____
in qualità di legale rappresentante della Fondazione ITS _____
CF/PI _____
in relazione al progetto denominato _____
acronimo _____
consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA (barrare le caselle che interessano)

- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio;
- che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A.;
- di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;
- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:
INPS _____ matricola _____ sede di _____
INAIL _____ matricola _____ sede di _____
- di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato.

IN RIFERIMENTO ALL' ARTICOLO 67 DEL DECRETO LEGISLATIVO 06/09/2011, N. 159 IN MATERIA DI ANTIMAFIA:

- che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lvo 06/09/2011, n. 159

IN RIFERIMENTO AGLI OBBLIGHI PREVISTI DALLA LEGGE 68/99 IN MATERIA DI INSERIMENTO AL LAVORO DEI DISABILI:

- di non essere soggetto in quanto ha un numero di dipendenti inferiore a 15;
- di non essere soggetto in quanto pur avendo un numero di dipendenti compreso fra 15 e 35, non ha effettuato nuove assunzioni dal 18.1.2000 o, se anche le ha effettuate, rientra nel periodo di esenzione dalla presentazione della certificazione
- di essere tenuto all'applicazione delle norme che disciplinano l'inserimento dei disabili e di essere in regola con le stesse.

Data

FIRMA del legale rappresentante

Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

l sottoscritt_ (nome e cognome) _____
nat_ a _____ Prov. _____ il _____
c.f. _____ residente a _____ CAP _____
via/piazza _____ n. _____
in qualità di _____
della Fondazione ITS _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

ai sensi del D.Lgs 159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:
(indicare: cognome, nome, luogo e data di nascita, codice fiscale)

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ data

_____ firma leggibile del dichiarante(*)

Allegare copia dei documenti di identità in corso di validità dei firmatari oppure sottoscrivere digitalmente.