



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

MODELLO DA RIPORTARE SU CARTA INTESTATA DELL'ENTE CHE RICHIEDE DI PARTECIPARE

Dichiarazione sul possesso dei requisiti generali (artt. 94 e 95 D.Lgs. 36/2023)

Il/La sottoscritto/a _____,
in qualità di legale rappresentante dell'ETS _____, con sede in _____,
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici
eventualmente conseguiti (ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità, ai sensi del
DPR 28/12/2000 n. 445 e s.m.i.)

DICHIARA

- di aver preso visione di tutte le condizioni contenute nell'Avviso;
- di essere in regola con gli adempimenti in materia fiscale, previdenziale, assistenziale, ed assicurativa dei propri dipendenti e dei collaboratori;
- di essere in regola in merito all'applicazione della normativa relativa alla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- che nei confronti del legale rappresentante e degli eventuali componenti dell'organo amministrativo non sono state pronunciate condanne penali definitive per reati gravi in danno della Pubblica Amministrazione, per partecipazione a organizzazioni criminali, corruzione, frode o riciclaggio;
- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi nei confronti del Responsabile del Procedimento e dei soggetti competenti all'adozione degli atti relativi alla procedura;
- di non trovarsi nelle cause di divieto, decadenza, sospensione previsti dalla normativa vigente in materia di antimafia;
- di non trovarsi in alcuna causa ostativa alla stipulazione di contratti o convenzioni con la Pubblica Amministrazione;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento UE n. 679 del 2016, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per gli eventuali procedimenti amministrativi e giudiziari conseguenti;
- di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione previste dagli artt. 94 e 95 del D.Lgs. 36/2023.

Luogo e data, _____

Firma del Legale Rappresentante*

* Il Documento va firmato digitalmente. In caso di firma autografa dovrà essere allegata copia di un documento di identità del soggetto dichiarante.