



ALLEGATO B

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI
MATERIALE PER TERAPIA ANTALGICA OCCORRENTE ALLA S.S.D. MEDICINA DEL
DOLORE E TERAPIA ANTALGICA DELL’ A.O.U. SAN LUIGI GONZAGA DI
ORBASSANO
DURATA CONTRATTUALE MESI 48 + 24 MESI OPZIONE RINNOVO + 12 MESI
PROROGA CONTRATTUALE**

AUTOCERTIFICAZIONE PER PROCEDURE DI AFFIDAMENTO DI SERVIZI/FORNITURE
resa e sottoscritta ai sensi dell’art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ C.F. _____

in qualità di *(titolare, legale rappresentante, procuratore speciale, ecc. – indicare la carica o la qualifica che conferiscono il potere di impegnare contrattualmente il soggetto offerente)*

_____ dell’impresa _____

con sede legale in _____

e sede operativa in _____

codice fiscale n. _____ Partita IVA n. _____

MAIL ORDINARIA: _____

PEC: _____

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’articolo 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

→ che l’impresa è iscritta nel Registro delle Imprese di _____
dal _____ al numero _____ per le seguenti
attività _____



(in caso di impresa con sede in uno Stato diverso dall'Italia, devono essere indicati i dati equivalenti vigenti nel relativo stato)

- che i soci (in caso di società in nome collettivo) che i soci accomandatari (per le società in accomandita semplice) che gli amministratori con potere di rappresentanza, il socio unico o il socio di maggioranza (in caso di società di capitali o CONSORZIO con meno di quattro soci), attualmente in carica sono i seguenti:

cognome e codice fiscale	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Carica ricoperta (% maggioranz a)	Residenza	prov

- al fine dell'eventuale richiesta del Certificato Fallimentare, il Tribunale competente, Sezione Fallimentare è il seguente:

Sede competente	Indirizzo (con telefono fax/e-mail)

- che l'impresa non ha commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui è stabilita (art. 94 co. 6), e che i dati del competente ufficio Agenzia delle entrate sono:

Sede competente	Indirizzo (con telefono fax/e-mail)

- che l'impresa non ha commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali ed assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui è stabilita (art. 94 comma 6), e che i dati dei competenti uffici INPS e INAIL sono i seguenti:

UFFICIO INPS

Sede competente	Indirizzo (con telefono fax/e-mail)	Numero d'iscrizione

UFFICIO INAIL

Sede competente	Indirizzo (con telefono fax/e-mail)	Numero di posizione



		assicurativa

- di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili in quanto (art. 94 co 5 D.lgs. 36/2023): (barrare solo la voce di interesse):
- ☐ l'impresa non è soggetta agli obblighi derivanti dalla legge 68/99 in quanto ha un numero di dipendenti pari a n. _____ unità (inferiore a 15 unità oppure da 15 a 35 dipendenti e non ha effettuato nuove assunzioni dopo il 18/01/2000).
 - ☐ l'impresa è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili, avendo un numero di dipendenti pari a n. _____ unità (più di 35 dipendenti oppure occupa da 15 a 35 dipendenti ed ha effettuato una nuova assunzione dopo il 18/01/2000).
 - ☐ (eventuale) l'impresa ha comunque proposto la convenzione o ne ha chiesto esonero parziale in data _____;

Per i necessari accertamenti, dichiara che il competente Ufficio Disabili della Provincia è quello di seguito indicato:

Sede competente	Indirizzo (con telefono fax/e-mail)

→ al fine della richiesta del D.U.R.C. comunica i seguenti dati sull'attività aziendale:

- settore C.C.N.L. applicato: _____;

- categoria di operatore economico ai sensi della legge n. 180/2011:

/// Grande

/// Media

/// Piccola

/// Micro

- Dimensione aziendale:

Num. Dipendenti: • da 1 a 5 • da 6 a 15 • da 16 a 50 • da 51 a 100 • oltre 100

→ al fine dell'eventuale richiesta di "Informazioni" – ANTIMAFIA la Prefettura competente – Ufficio Antimafia è la seguente:

Sede competente	Indirizzo (con telefono fax/e-mail)

DICHIARA ALTRESI'

- di aver preso piena conoscenza di tutte le norme e disposizioni contenute nei documenti di gara che regolano i rapporti contrattuali;
- di aver valutato tutte le circostanze e condizioni contrattuali che possono influire sull'esecuzione del contratto e di aver considerato la propria offerta congrua e remunerativa;



- di essere in possesso di tutte le autorizzazioni previste dalla normativa vigente per la produzione e la commercializzazione dei prodotti offerti e di impegnarsi a comunicare immediatamente all'Azienda contraente le eventuali sospensioni o revoche delle autorizzazioni di cui sopra;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003 e G.D.P.R. N. 679/2016 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere a conoscenza che la Stazione Appaltante procederà d'ufficio alle verifiche in ordine alla veridicità della dichiarazione;
- di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, il soggetto offerente verrà escluso dalla procedura o, se risultato affidatario, decadrà dall'affidamento medesimo; inoltre, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione ovvero della documentazione tutta presentata dal soggetto offerente fosse accertata dopo la stipula del contratto, questo potrà essere risolto di diritto, ai sensi dell'art. 1456 cod. civ.;

INOLTRE DICHIARA

le n. 3 **principali forniture**, effettuate durante gli ultimi tre anni, sono:

Descrizione fornitura	Importo (I.V.A. esclusa)	Data		Destinatario
		Dal	Al	

Tali dichiarazioni sono atte a provare i requisiti soggettivi di capacità economica finanziaria e tecnica professionale ai sensi dell'art. 94 e 95 del D.Lgs. 36/2023

Ai sensi dell'art. 90 del Codice (Informazioni ai candidati e agli offerenti) per ogni richiesta di precisazioni/integrazioni in merito alla presente autocertificazione ed alla documentazione presentata, si elegge ESPRESSAMENTE DOMICILIO all'indirizzo seguente: *(in caso di R.T.I. indicare i dati dell'impresa mandataria)*

città _____ indirizzo _____

CAP _____ tel. _____

INDIRIZZO E-MAIL a cui si autorizza di inviare le comunicazioni ai sensi dell'art. 76 del Codice

P.E.C. posta elettronica certificata: _____

A tal fine dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del decreto legislativo 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Dichiara altresì di essere consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa, l'impresa verrà esclusa dalla gara, o, se risultata aggiudicataria, decadrà da ogni diritto eventualmente già conseguito a seguito della procedura.

Luogo e data	Il dichiarante (firma)