

**DICHIARAZIONE DI AFFIDABILITÀ GIURIDICO - ECONOMICO – FINANZIARIA**

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a.....il  
..... CF..... residente  
a..... alla via..... n. .... in qualità di  
legale rappresentante di  
.....  
CF/PIVA.....

- soggetto capofila della costituita/costituenda ATS
- partner della costituita/costituenda ATS

**DICHIARA**

*(ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e con la espressa consapevolezza di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del medesimo DPR, rispettivamente sulle conseguenze civili e penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci)*

- di non essere incorso nelle situazioni di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. n.50/2016 es.m.i;
- che non è stata pronunciata nei propri confronti 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;
- che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs. n. 159/2011 e ss.mm.ii.;

**DICHIARA, altresì**

che il soggetto di cui ha la rappresentanza:

*(barrare solo le caselle pertinenti)*

- Ha sede operativa in Regione Campania;
- Non si trova 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 non ha in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo triennio;
- E' regolarmente iscritto, laddove previsto per legge, alla CCIAA;
- Non è tenuto all'iscrizione alla CCIAA (indicare la motivazione\_\_\_\_\_);
- E' 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 \_\_\_\_\_
- E' esente dall'obbligo di iscrizione all'INPS/INAIL (indicare la motivazione\_\_\_\_\_);
- E' iscritto a registri/albi/elenchi/..... di riferimento;
- E' in regola con gli obblighi previsti dalla Legge 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili;
- non ha messo in pratica atti, patti o comportamenti discriminatori ai sensi degli artt. 25 e 26 del Decreto legislativo 198/2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna" così come integrato dal D.lgs 14 settembre, n. 151, ai sensi dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005 n. 246", accertati da parte della direzione provinciale del lavoro territorialmente competente.

Il/la sottoscritto/a rilascia autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm.ii.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_