

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

(D.P.R. 28.12.2000 n°445, art. 46)

**Cottimo fiduciario per la fornitura, per il periodo di anni uno di PROTESI NON RIASSORBIBILI A SUPERFICI DIFFERENZIATE E AD AUTOESPANSIONE da destinare alle esigenze del Servizio di Farmacia dell’A.O.U. di Cagliari. Codice CIG 03149809B5.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente, in qualità di legale rappresentante della Ditta \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ iscritta alla Camera di Commercio (a) di \_\_\_\_\_ con iscrizione in data \_\_\_\_\_ partita IVA n° \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, previste dall’art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

- 1) Di aver preso visione e di accettare integralmente tutte le norme e condizioni riportate nella lettera di invito.
- 2) Di aver preso visione di tutte le circostanze generali e particolari che possano influire sulla determinazione dell’offerta.
- 3) Di essere a conoscenza che la restituzione del presente modulo debitamente compilato e controfirmato costituirà condizione necessaria per l’ammissione alla procedura ed equivarrà ad attestazione di avvenuta presa visione e di accettazione di tutte le condizioni riportate nella lettera d’invito e negli atti della procedura.
- 4) Che la strumentazione offerta è conforme alle normative vigenti in materia di sicurezza ed è garantito esente da difetti ed imperfezioni.
- 5) Che l’offerta è valida per il tempo necessario all’espletamento della procedura.
- 6) Che a carico della società e dei suoi rappresentanti legali non risulta alcun provvedimento limitativo della capacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione anche ai sensi della vigente normativa antimafia.
- 7) Di non essere a conoscenza dell’esistenza in corso dell’applicazione a carico della stessa società di provvedimenti ostativi all’iscrizione negli albi appaltatori o fornitori pubblici.
- 8) Di essere in regola con la normativa relativa al diritto al lavoro dei disabili L..68/99.
- 9) Di essere a conoscenza che qualora risultassero false le dichiarazioni rese verrà revocato l’affidamento della fornitura e l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari affiderà ad altra ditta la fornitura. In tal caso l’amministrazione dell’Azienda provvederà ad addebitare il maggiore costo sostenuto fatta salva la possibilità di rivalersi per gli eventuali ulteriori danni subiti.
- 10) Di aver ricevuto copia dell’informativa ex art. 13 Dlgs 196/2003 relativo al trattamento dei dati personali.

(Luogo e data)

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

(a) ovvero in analogo registro professionale estero

**Formula di acquisizione del consenso dell'interessato**

Il Sig.	_____	In qualità di	_____
della Ditta/ Società	_____	con sede a	_____
in Via	_____	CF/PI	_____

qui di seguito identificata, anche, con il termine “interessato” nel significato di cui alla lettera “i” dell’art.4 D.Lgs.n.196/03in relazione al D.Lgs. 196/03 relativo al trattamento dei dati personali ,

**Spontaneamente dichiara**

di autorizzare, in conformità a quanto indicato nell’informativa ricevuta e più in generale secondo quanto previsto ex D.Lgs.n.196/03:

- il trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili per le finalità indicate ai punti C1 –C2 dell’informativa
- il trattamento dei dati personali per le finalità indicate al punto C dell’informativa e la comunicazione degli stessi ai soggetti indicati al punto D) dell’informativa.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

F.to  
L'INTERESSATO

**Allega la fotocopia di un proprio documento di identità personale**