



**AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI CAGLIARI  
SERVIZIO PROVVEDITORATO ED ECONOMATO**

S.S. 554 Bivio per Sestu - 09042- Monserrato - Tel. 070 / 51096561 - Fax 070/51096520



ALLEGATO "A" - DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Spett.le AOU Cagliari  
S.S.554 Bivio per Sestu  
09042 Monserrato (CA)

**OGGETTO:** Cottimo fiduciario per la fornitura, per il periodo di due anni, rinnovabile di un ulteriore anno alla scadenza, di "Patch test pronto per test epicutanei per la diagnosi della dermatite allergica da contatto" da destinare al Servizio di Allergologia e Immunologia Clinica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari – P.O. di Monserrato.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

*(la presente dichiarazione, rilasciata anche ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, deve essere prodotta corredata a pena di esclusione da una copia fotostatica, non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000).*

Il/la sottoscritto/a .....  
 Nato/a il.....a ..... Prov. ....  
 In qualità di .....  
*(in caso di soggetti diversi dal legale rappresentante specificare il ruolo, che deve risultare anche dall'apposita delega allegata alla presente dichiarazione)*  
 dell'impresa.....  
 con sede legale in .....Prov. ....  
 via ..... C.A.P. ....  
 iscritta alla Camera di Commercio di.....con iscrizione in data.....  
 con codice fiscale n. ....  
 con partita IVA n. ....

**CHIEDE** di partecipare alla procedura indicata in oggetto

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione l'odierna istante decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

1. che la Ditta è iscritta dal \_\_\_\_\_ al Registro delle Imprese di \_\_\_\_\_,  
 al numero \_\_\_\_\_, con la seguente forma giuridica \_\_\_\_\_ per  
 attività di \_\_\_\_\_



**AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI CAGLIARI  
SERVIZIO PROVVEDITORATO ED ECONOMATO**

S.S. 554 Bivio per Sestu - 09042- Monserrato - Tel. 070 / 51096561 - Fax 070/51096520



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ovvero nel registro professionale dello stato di residenza, se trattasi di imprese straniere non residenti in Italia.

**2.** che la Ditta mantiene le seguenti posizioni previdenziali e assicurative:

INPS: matricola n. \_\_\_\_\_ sede competente di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

INAIL: matricola n. \_\_\_\_\_ sede competente di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

*(indicare la posizione dove ha la sede legale l'Impresa)*

e che la Ditta stessa è in regola con i versamenti ai predetti Enti.

In caso di mancata iscrizione presso uno degli Istituti di cui al presente punto indicarne la motivazione. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3.** di aver preso conoscenza delle condizioni e di tutte la circostanze generali e particolari che possono aver influito sulla determinazione dell'offerta;

**4.** di accettare espressamente, incondizionatamente e senza riserva alcuna, tutte e nessuna esclusa, le norme e le condizioni riportate nella lettera di invito;

**5.** che l'offerta è valida per il tempo necessario all'espletamento della procedura;

**6.** ai sensi dell'art. 17 della Legge n. 68/1999, che la Ditta concorrente è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili;

**oppure:** *(barrare la casella corrispondente)*

di non essere tenuta al rispetto della suddetta norma, avendo alle dipendenze un numero di lavoratori inferiore a 15;

di non essere tenuta al rispetto della suddetta norma, in quanto, pur avendo alle dipendenze un numero di lavoratori compreso tra 15 e 35, non ha proceduto successivamente al 18.01.2000 a nuove assunzioni;

**7.** 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;

**8.** che i prodotti offerti sono conformi alle normative vigenti in materia di sicurezza ed è garantito esente da difetti ed imperfezioni;

**9.** 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;

**10.** 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;

**11.** di essere a conoscenza che, qualora risultassero false le dichiarazioni rese, verrà revocato l'affidamento di quanto aggiudicato che l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari affiderà ad altra ditta. In tal caso



**AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI CAGLIARI**  
**SERVIZIO PROVVEDITORATO ED ECONOMATO**

S.S. 554 Bivio per Sestu - 09042- Monserrato - Tel. 070 / 51096561 - Fax 070/51096520



l'amministrazione dell'Azienda provvederà ad addebitare il maggiore costo sostenuto fatta salva la possibilità di rivalersi per gli eventuali ulteriori danni subiti;

**12.** di aver ricevuto copia dell'informativa ex art. 13 D.Lgs 196/2003 relativo al trattamento dei dati personali.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA del/la dichiarante (per esteso e leggibile)



**AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI CAGLIARI  
SERVIZIO PROVVEDITORATO ED ECONOMATO**

S.S. 554 Bivio per Sestu - 09042- Monserrato - Tel. 070 / 51096561 - Fax 070/51096520



**segue**

**Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003**

Ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali, le viene fornita la presente informativa, finalizzata a definire le modalità di trattamento dei dati personali, da Lei forniti nell'ambito della gara relativa all'affidamento della fornitura di **"Patch test pronto per test epicutanei per la diagnosi della dermatite allergica da contatto"** da destinare al Servizio di Allergologia e Immunologia Clinica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari – Presidio di Monserrato", nel rispetto delle disposizioni in esso richiamate.

Per trattamento di dati personali si intende la loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distribuzione ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni.

**A) Titolare del trattamento**

Il titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, sede legale Via Ospedale, 54 – 09124 CAGLIARI.

**B) Modalità del trattamento**

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza nonché la riservatezza e potrà essere effettuato anche mediante strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. I dati saranno conservati presso la nostra sede ubicata in Via Ospedale, 54 – 09124 CAGLIARI, per i tempi prescritti dalle norme di legge.

**C) Trattamenti e relativi scopi**

I dati personali verranno trattati per finalità istituzionali, connesse o strumentali all'attività dell'Azienda e quindi:

1. per eseguire, in generale, obblighi di legge;
2. per esigenze di tipo operativo e gestionale interne all'Azienda Ospedaliero Universitaria ed inerenti la gestione contabile ed amministrativa.

**D) Comunicazione dei dati**

I dati personali trattati in relazione agli scopi descritti al punto C, potranno essere comunicati a enti pubblici o organizzazioni private.

**E) Consenso**

Un eventuale rifiuto a conferire i dati può impedire la stipulazione o l'esecuzione dei rapporti contrattuali o degli adempimenti di obblighi di legge.

**F) Diritti dell'interessato**

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente.

La informiamo che per l'esercizio di tali diritti l'interessato dovrà rivolgere all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, sede legale Via Via Ospedale, 54 – 09124 CAGLIARI, titolare della gestione dei dati personali che la riguardano.

Nel ringraziarLa per l'attenzione e la collaborazione, Le porgiamo i nostri più cordiali saluti.

**L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari**

**ART. 7 D.Lgs. N. 196/2003 - Diritti dell'interessato:**

1. In relazione al trattamento dei dati personali l'interessato ha diritto:

a) di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo:

- 1) la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; la richiesta può essere rinnovata, salva l'esistenza di giustificati motivi, con intervallo non minore di novanta giorni;
- 2) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- 3) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati;
- 4) l'attestazione che le operazioni di cui ai numeri 2) e 3) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;

b) di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

c) di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento di dati personali che lo riguardano, previsto a fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale interattiva e di essere informato dal titolare, non oltre il momento in cui i dati sono comunicati o diffusi, della possibilità di esercitare gratuitamente tale diritto.

2. Per ciascuna richiesta può essere chiesto all'interessato, ove non risulti confermata l'esistenza di dati che lo riguardano, un contributo spese, non superiore ai costi effettivamente sopportati.

3. I diritti riferiti ai dati personali concernenti persone decedute possono essere esercitati da chiunque vi abbia interesse.

4. Nell'esercizio dei diritti l'interessato può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche o ad associazioni.

5. Restano ferme le norme sul segreto professionale degli esercenti la professione di giornalista, limitatamente alla fonte della notizia.



**AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI CAGLIARI  
SERVIZIO PROVVEDITORATO ED ECONOMATO**

S.S. 554 Bivio per Sestu - 09042- Monserrato - Tel. 070 / 51096561 - Fax 070/51096520



**FORMULA DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DELL'INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a .....  
Nato/a il.....a ..... Prov. ....  
In qualità di .....  
dell'impresa.....  
con sede legale in .....Prov. ....  
via ..... C.A.P. ....  
con codice fiscale n. ....  
con partita IVA n. ....

qui di seguito identificata, anche, con il termine "interessato" nel significato di cui alla lettera "i" dell'art. 4 D.Lgs. n° 196/2003 in relazione al D.Lgs. 196/2003 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. 196/2003:

- 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

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