

DICHIARAZIONE UNICA

INAIL
DIREZIONE REGIONALE LAZIO

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome) _____
nato/a _____ (____) il _____
domiciliato/a per la carica nel comune di _____ prov. _____
(via, piazza) _____
tel /cell _____ posta elettronica _____
Pec _____

in qualità di (barrare la scelta che interessa):

- ☐ Persona fisica/titolare
☐ Legale rappresentante
☐ Procuratore (giusta procura allegata in copia)

dell'impresa _____ con sede
in _____ via _____
codice fiscale _____ partita iva _____
posta elettronica _____ Pec _____

ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR medesimo per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

1. di possedere l'iscrizione al Registro delle imprese presso la C.C.I.A.A. di _____ con numero iscrizione _____ e data iscrizione _____ per lo svolgimento della specifica attività oggetto della convenzione; se cooperativa o consorzio di possedere l'iscrizione all'Albo delle Soc. Cooperative identificata con _____

2. per il caso di **impresa individuale**:

che **il soggetto titolare e il direttore tecnico (laddove presente)** sono:

_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____
_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____

3. per il caso di **società in nome collettivo**:

che **i soci e il direttore tecnico (laddove presente)** sono:

_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____
_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____
_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____
_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____

4. per il caso di **società in accomandita semplice**:

che **i soci accomandatari e il direttore tecnico (laddove presente)** sono:

_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____
_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____
_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____
_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____

5. per **altro tipo di società o consorzio**:

che **i membri del Consiglio di Amministrazione cui sia stata conferita la legale rappresentanza, di direzione e vigilanza** sono:

_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____
_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____
_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____
_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____

che **i soggetti muniti di potere di rappresentanza, di direzione e di controllo** sono:

_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____
_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____
_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____
_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____

che **il direttore tecnico (laddove presente) e il socio unico persona fisica** sono:

_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____
_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____

che **il/i socio/i di maggioranza, in caso di società con meno di quattro soci**, è/sono:

_____ nato a _____ il _____ proprietà _____
_____ nato a _____ il _____ proprietà _____
_____ nato a _____ il _____ proprietà _____

Indicare di seguito i soggetti rientranti nelle suddette categorie (punti dal n. 2 al n. 5) cessati dalla carica nell'anno antecedente la data della manifestazione di interesse:

_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____
carica rivestita _____ cessato il _____

_____ nato a _____ il _____
residente in via _____ cap _____ città _____ prov _____
carica rivestita _____ cessato il _____

6. **che il sottoscritto, l'impresa rappresentata e ciascuno dei soggetti sopra indicati non si trovano in alcuna delle situazioni di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50 del 18 aprile 2016, al cui contenuto integralmente si rimanda;**
7. che non sussistono altre circostanze comunque rilevanti ai fini della valutazione, da parte della Struttura sanitaria, della idoneità e affidabilità professionali dell'operatore economico e di impegnarsi a comunicare tempestivamente quelle che dovessero sopravvenire, in ottemperanza ai principi di correttezza, buona fede, fiducia reciproca e trasparenza.

DICHIARA INOLTRE

- 1) di esprimere, ai sensi del Regolamento UE (GDPR) 2016/679, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti all'INAIL, ai soli fini della sottoscrizione della convenzione per l'erogazione di prestazioni integrative di riabilitazione;
- 2) di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nella convenzione citata e relativi allegati;
- 3) di autorizzare l'invio di comunicazioni tramite pec : _____

- 4) che l'Agenzia delle Entrate competente è _____;
- 5) che i numeri di matricola relativi agli Enti INAIL e INPS a cui la Struttura sanitaria è iscritta son i seguenti:
INAIL (cod. Ditta) _____ Sede di _____
INPS (matricola) _____ Sede di _____
- 6) che il contratto collettivo applicato è il seguente: _____.

Il sottoscritto è pienamente consapevole che:

- 1. verranno svolti da parte dell'INAIL al fine di verificare la veridicità di quanto contenuto nella presente autodichiarazione;**
- 2. laddove la presente autodichiarazione dovesse risultare non veritiera, falsa o mendace, l'INAIL procederà alle dovute segnalazioni agli Organi competenti.**

(luogo, data)

Firma _____
(dichiarante)

N.B.: La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore. In assenza di copia del documento, la dichiarazione è nulla e non può essere successivamente regolarizzata.