

**AVVISO PUBBLICO PER LA SOTTOSCRIZIONE DI CONVENZIONI PER  
L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ODONTOIATRICHE**

**L'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - Direzione Regionale per la Liguria**, informa che intende sottoscrivere convenzioni per l'erogazione, con oneri a carico INAIL, di prestazioni odontoiatriche agli infortunati sul lavoro.

Nell'ambito del quadro normativo delineato dal D.Lgs. n. 38/2000 e dal D.Lgs. n. 81/2008 così come modificato dal D.Lgs. n. 106/2009, la fornitura di tali prestazioni rientra nelle competenze dell'Istituto ai sensi degli articoli 66, 86, 90, 236, 178 e seguenti nonché dell'art. 256 del D.P.R. 1124/1965, dell'art. 57 della Legge n. 833/1978, dell'art. 3 del D.P.R. 18 aprile 1979, dell'art. 12 della Legge n. 67/1988, dell'art. 2 comma 2 del D.M. 332/1999, dell'art. 2 dell'Accordo-quadro stipulato in data 2 febbraio 2012 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, e dell'art.25 del titolo II del "Regolamento per l'erogazione agli invalidi del lavoro di dispositivi tecnici ed interventi di sostegno per il reinserimento nella vita di relazione" dedicato alle lesioni dentarie e maxillo- dentarie.

Sono ammesse alla sottoscrizione senza carattere di esclusiva le strutture sanitarie pubbliche e le strutture private del territorio ligure, siano esse autorizzate o convenzionate per l'Odontoiatria con il Servizio Sanitario Regionale

Di seguito l'oggetto, le condizioni e le modalità per la presentazione delle domande per la stipula della convenzione.

**1 Oggetto della convenzione**

La convenzione ha per oggetto l'erogazione, in favore degli assicurati INAIL, delle prestazioni odontoiatriche alle tariffe indicate come Minimale nel Tariffario ANDI 2009 (allegato 1).

I suddetti compensi sono da ritenersi IVA inclusa.

Il progetto riabilitativo protesico e relativo preventivo di spesa non sono oggetto del presente avviso ma competenza del Consulente convenzionato selezionato tramite separata procedura comparativa per "il conferimento di incarichi di Consulente odontoiatra per le Sedi INAIL della Liguria" pubblicata in data 22 Novembre 2018.

**2 - Modalità di erogazione delle prestazioni**

Lo studio professionale / struttura sanitaria che si convenziona assume l'obbligo di erogare nei confronti degli assicurati prestazioni odontoiatriche successivamente all'approvazione da parte dell'INAIL del progetto riabilitativo protesico e del relativo preventivo di spesa collegato.

Lo studio professionale/struttura sanitaria si impegna ad iniziare le cure entro 15 giorni dalla data dell'autorizzazione dell'INAIL, salvo i casi in cui si configurino a giudizio del Consulente convenzionato per il progetto riabilitativo e preventivo spese odontoiatriche, situazioni cliniche che esigono terapie sollecite, per i quali lo Studio professionale/struttura sanitaria si impegna ad iniziare le cure entro 7 giorni dalla data dell'autorizzazione dell'INAIL. Lo studio professionale/ struttura sanitaria verrà scelto dall'infortunato senza alcun criterio di priorità o rotazione.

I flussi operativi verranno disegnati dall'INAIL e faranno parte integrante della convenzione.

"Fatto salvo l'obbligo del possesso dei requisiti autorizzativi di legge ( professionali, logistici, di idoneità strutturale degli impianti e delle apparecchiature elettromedicali, in materia di sterilizzazione e smaltimento rifiuti speciali e/o pericolosi, di rispetto delle norme di radioprotezione, antincendio etc.) nonché il rispetto delle norme ordinistiche all'esercizio di attività odontoiatrica, per accedere alla rete convenzionata è richiesta la dotazione di

apparecchiatura radiologica digitale per l'esecuzione di esami endorali e di apparecchiatura per ortopantomografia

Le comunicazioni con INAIL dovranno avvenire tramite posta elettronica e/o PEC

### **3 - Garanzia dei materiali e dei manufatti**

I manufatti e i materiali utilizzati dovranno essere corredati di dichiarazione di conformità del dispositivo medico (protesico) su misura rilasciata ai sensi della Direttiva CEE 93/42 sui dispositivi medici.

### **4 - Corrispettivi delle prestazioni rese**

Lo studio professionale/struttura sanitaria convenzionato non richiederà alcun pagamento agli assistiti inviati dall'INAIL.

Solo dopo la comunicazione di positivo collaudo delle prestazioni da parte del Consulente Convenzionato, che sarà effettuato entro 20 giorni dalla fine delle cure, lo studio professionale/struttura sanitaria potrà emettere a carico dell'INAIL fattura elettronica come previsto dalle norme vigenti per le Pubbliche Amministrazioni, per singolo assistito e con analitica indicazione delle causali nel rispetto del minimale Andi 2009.

Alla fattura dovranno essere allegata la copia dell'impegnativa e nota riassuntiva delle prestazioni erogate controfirmata dall'assistito. Previa verifica della regolare esecuzione e della regolarità contributiva, che dovrà essere mantenuta per tutta la durata del contratto, la Sede INAIL competente, provvederà al pagamento delle fatture emesse entro 30 gg. dalla ricezione, a mezzo bonifico bancario da effettuarsi sull'IBAN segnalato all'INAIL.

### **5- Incompatibilità**

La manifestazione di interesse per la sottoscrizione di convenzione per l'erogazione di prestazioni specialistiche odontoiatriche è incompatibile con l'incarico previsto dalla precedente procedura comparativa per il conferimento di incarichi di Consulente Odontoiatra per le Sedi INAIL della Liguria citato al punto 1.

### **5 - Trattamento dati personali e sensibili**

Ai fini della Convenzione, lo studio professionale/struttura sanitaria accetta la nomina e gli impegni di Responsabile del trattamento dei dati personali e sensibili, di cui è titolare INAIL e di cui viene a conoscenza nello svolgimento dell'attività prevista dalla Convenzione, e vincola i soggetti di cui si avvale per l'esecuzione delle prestazioni in convenzione, al rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., anche procedendo ad effettuare la designazione quali incaricati del trattamento.

### **6 - Codice Etico Comportamentale, Piano Triennale Prevenzione Corruzione**

Le parti si impegnano a tenere comportamenti conformi alla vigente normativa in tema di Anticorruzione, nonché all'esistenza di Codici Etici e Codici Comportamentali, consapevoli che le relative violazioni costituiranno inadempimento contrattuale, sanzionabile in misura proporzionale alla gravità, sino alla risoluzione della presente Convenzione.

Le parti, sempre in relazione alla sopra richiamata normativa, danno atto del dovuto rilievo da attribuirsi ad eventuali situazioni di conflitto di interessi e si impegnano reciprocamente a dare evidenza del sussistere e dell'insorgere di tali fattispecie.

Lo studio professionale/struttura sanitaria si impegna al rispetto dei principi contenuti nel patto d'integrità, che costituirà parte integrante della Convenzione.

## **7 - Durata**

La convenzione ha durata di 24 mesi, decorrenti dalla data di sottoscrizione.

## **8 - Risoluzione e recesso unilaterale**

La Convenzione sarà risolta dall'INAIL qualora, a seguito di verifiche periodiche, sia riscontrato il venir meno, in capo allo studio professionale/struttura sanitaria del requisito della regolarità contributiva. Lo studio professionale / struttura Sanitaria avrà facoltà di recesso dalla presente Convenzione con il preavviso di almeno sei mesi da inviare a mezzo posta elettronica certificata con comunicazione scritta e motivata. Una volta concessa dall'INAIL la facoltà di recesso il rapporto sarà immediatamente interrotto con pagamento delle prestazioni sino a quel momento eseguite.

## **9 - Controversie**

Per qualsiasi contestazione dovesse insorgere in ordine all'interpretazione, esecuzione, validità, efficacia e risoluzione della presente Convenzione, è competente in via esclusiva il Foro di Genova.

## **10 – Imposta di bollo**

La Convenzione è soggetta ad imposta di bollo a carico dello studio professionale/struttura sanitaria ai sensi del D.P.R. 26.10.72 n. 642 e successive modifiche ed integrazioni e all'imposta di registrazione solo in caso d'uso in base all'art. 4 della parte II della tariffa allegata al D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131, e successive modificazioni a cura e spese della parte richiedente.

## **11 – Modalità di partecipazione**

Per poter accedere alla sottoscrizione lo studio professionale/Struttura sanitaria interessata dovrà presentare:

1. la domanda compilata sul modello Allegato 2 sottoscritta dal Legale Rappresentante o da persona con potere di delega a rappresentare ed impegnare legalmente la Struttura con allegata copia della carta di identità del firmatario;
2. l'autorizzazione all'esercizio delle attività odontoiatrica e/o radiologica ai sensi di Legge;
3. dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del T.U. di cui al D.P.R. 445/00 e della Legge n. 183/11 e s.m.i., sottoscritta dal Legale Rappresentante o da persona con potere di delega a rappresentare ed impegnare legalmente la Struttura (allegato 3);
4. attestato di conformità alle regole sulla privacy di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e al Gdpr (allegato 4);
5. patto di integrità sottoscritto dal Legale Rappresentante o da persona con potere di delega a rappresentare ed impegnare legalmente la Struttura in modello (allegato 5);
6. copia della polizza assicurativa a garanzia della responsabilità civile per danni a terzi -in riferimento alla quale va anticipata la dichiarazione di responsabilità con clausole di manleva - (Allegato 6);
7. autodichiarazione antimafia sottoscritta dal Legale Rappresentante o da persona con potere di delega a rappresentare ed impegnare legalmente la Struttura (allegato 7).

Il plico, completo degli allegati e della documentazione necessaria, deve **pervenire, entro le ore 12:00 del giorno 28 febbraio 2019**, pena di esclusione, al seguente indirizzo:

I.N.A.I.L.  
Direzione Regionale per la Liguria  
Ufficio P.O.A.S.  
Processo Acquisti/Patrimonio  
Via G. D'Annunzio, 76 – 11° piano  
16121 GENOVA

con una delle seguenti modalità:

- a mano (mediante consegna 11° piano dalle ore 8.00 alle ore 12.00);
- tramite servizio postale.

L'invio del plico è ad esclusivo rischio del mittente e non sarà tenuto conto dei plichi che pervenissero o fossero consegnati in ritardo, intendendosi l'INAIL esonerato da ogni responsabilità per gli eventuali ritardi di recapito, anche se dovuti a cause di forza maggiore o per la consegna effettuata ad indirizzo diverso da quello sopraindicato.

Si specifica che farà fede solo la data e l'ora di arrivo presso questi Uffici e non già quello di spedizione dell'Ufficio Postale e/o consegna al corriere.

Oltre il termine perentorio sopra indicato non sarà riconosciuta valida alcuna domanda, anche se sostitutiva o aggiuntiva della precedente.

**La documentazione di cui sopra potrà essere trasmessa anche tramite PEC all'indirizzo:**

[liguria@postacert.inail.it](mailto:liguria@postacert.inail.it)

**Le domande inviate tramite PEC dovranno contenere esclusivamente file in formato PDF.**

Il plico dovrà riportare come oggetto: "CONVENZIONE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ODONTOIATRICHE".

Eventuali informazioni potranno essere richieste direttamente alla Direzione Regionale per la Liguria ai seguenti numeri telefonici o indirizzo e-mail:

- 010 5463260 mail [p.lunardi@inail.it](mailto:p.lunardi@inail.it)
- 010 5463650 mail [i.gagliolo@inail.it](mailto:i.gagliolo@inail.it)

## **12 – Pubblicazione dell'avviso**

L'avviso e la documentazione complementare sono disponibili al seguente link: [www.inail.it](http://www.inail.it) oppure presso INAIL Direzione Regionale per la Liguria, via G. D'Annunzio, 76 - 16121 Genova (GE) e-mail: [liguria@inail.it](mailto:liguria@inail.it).

La Direzione Regionale Liguria si riserva, a proprio insindacabile giudizio, la facoltà di sospendere, annullare o revocare la presente procedura in qualsiasi momento, senza che ciò possa ingenerare, in coloro che hanno presentato domanda di partecipazione, eventuali possibili aspettative.

## **13 - Allegati**

### **Allegati in formato editabile:**

- Allegato 1) Tariffario ANDI 2009
- Allegato 2) Domanda di partecipazione
- Allegato 3) Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
- Allegato 4) Attestato di Conformità al D. Lgs. 196 / 2003 e s.m.i. in tema di privacy
- Allegato 5) Patto di Integrità
- Allegato 6) Dichiarazione di responsabilità con clausole di manleva
- Allegato 7) Autodichiarazione antimafia

**ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO  
PER LA SOTTOSCRIZIONE DI CONVENZIONI PER  
L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE ODONTOIATRICHE**

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome) \_\_\_\_\_

In qualità di titolare/legale rappresentante pro tempore della  
\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

domiciliato per la carica nel comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

(via, piazza) \_\_\_\_\_

tel/cell \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

con Ambulatorio/Studio (indicare tutte le sedi) \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'avviso pubblico per la sottoscrizione di Convenzioni per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche

**DICHIARA**che la Struttura sanitaria/studio professionale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ è in regola con le  
norme relative a:

- 1) autorizzazione all'esercizio delle prestazioni specialistiche odontoiatriche di cui alle norme in materia;
- 2) iscrizione ai rispettivi Albi del personale medico, sanitario e tecnico;
- 3) possesso delle specializzazioni richieste ai fini dell'esecuzione delle prestazioni;
- 4) conseguimento dei crediti formativi obbligatori dei medici e del personale sanitario ai sensi della legge n. 201/2011;
- 5) regolarità contributiva;

6) rispetto delle normative in tema di sicurezza;

**SI IMPEGNA**

a comunicare le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza della Convenzione.

Si allega alla presente domanda copia fotostatica del documento di identità in corso di validità e i documenti precisati all'art. 11 del presente Avviso – Modalità di partecipazione, punti dall'1 all'8

Altro: \_\_\_\_\_

In fede

Timbro e Firma leggibile del  
Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_

(luogo, data)

\_\_\_\_\_

INAIL  
DIREZIONE REGIONALE LIGURIA  
VIA G. D'ANNUNZIO, 76  
16121 GENOVA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' AI SENSI DEL DPR 445/2000**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

ai sensi ed effetti di cui agli art. 47 della T.U. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non rispondenti a verità (art.76 T.U. 28/12/2000 n.445) e della decadenza dai benefici ottenuti a seguito di dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

- che la Struttura sanitaria/studio professionale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_impiega lavoratori subordinati o altro personale per il quale sussiste obbligo di iscrizione presso INAIL Codice Cliente n. \_\_\_\_\_/ INPS Matricola n. \_\_\_\_\_;
- che l'Impresa è regolare dal punto di vista contributivo con INAIL e INPS;
- di essere legittimato/a alla firma in virtù della carica ricoperta;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 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;

**SI IMPEGNA**

a comunicare le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza della Convenzione.

Altro: \_\_\_\_\_

In fede

Timbro e Firma leggibile del  
Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_

(luogo, data)

\_\_\_\_\_



(Carta intestata della società ed apposizione timbro alla firma)

INAIL  
DIREZIONE REGIONALE LIGURIA  
VIA G. D'ANNUNZIO, 76  
16121 GENOVA

Oggetto: Attestazione

La società \_\_\_\_\_, rappresentata dal Sig./Dott. \_\_\_\_\_  
(Legale Rappresentante), attesta che, nella erogazione di prestazioni specialistiche odontoiatriche di cui alla Convenzione da stipulare con codesto Spett.le Istituto, tratterà i dati personali in conformità a quanto previsto dall'art. 31 e seguenti del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i. e dal Gdpr, dal Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza – allegato B) al codice medesimo, nonché dalle disposizioni emanate dal Garante e dall'I.N.A.I.L. in materia di sicurezza e vincolerà i soggetti di cui si avvale per l'esecuzione della prestazioni, al rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal medesimo decreto.

In fede

Timbro e Firma leggibile del  
Legale Rappresentante

---

Luogo, data

---

Convenzione INAIL / .....  
per l'erogazione di prestazioni specialistiche odontoiatriche

**PATTO INTEGRITA'**

Con il presente Patto d'Integrità, come da Determina del Presidente dell'INAIL del 4 giugno 2014 n.149, viene sancita la reciproca, formale obbligazione dell'INAIL e \_\_\_\_\_ di conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza nonché l'espresso impegno anticorruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine della sottoscrizione della convenzione e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione.

Il personale, i collaboratori ed i consulenti dell'INAIL impiegati ad ogni livello dell'espletamento di questa convenzione e nel controllo dell'esecuzione del relativo contratto sottoscritto, sono a conoscenza del contenuto del presente Patto d'Integrità, il cui spirito condividono pienamente, nonché delle sanzioni previste a loro carico in caso di mancato rispetto dello stesso Patto.

La \_\_\_\_\_ si impegna a segnalare all'INAIL qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità o distorsione nelle fasi di svolgimento della convenzione, da parte di ogni interessato, addetto ovvero dipendente, collaboratore o consulente dell'INAIL, nonché di chiunque possa influenzare le decisioni relative alla stessa.

La \_\_\_\_\_ si impegna a riferire tempestivamente all'INAIL ogni illecita richiesta di denaro prestazione o altra utilità, ovvero offerta di protezione che venga comunque avanzata nel corso di esecuzione della convenzione nei confronti di un proprio rappresentante agente o dipendente.

La \_\_\_\_\_ è consapevole e accetta che, nel caso in cui non comunichi i tentativi di pressione criminale, la convenzione si risolverà di diritto.

Il personale dipendente, i collaboratori ed i consulenti dell'Istituto sono obbligati a riferire tempestivamente all'Amministrazione ogni illecita richiesta di denaro, prestazione o altra utilità ovvero offerta di protezione che venga avanzata nel corso dell'esecuzione della convenzione e, sottoscrivendo il presente patto, la \_\_\_\_\_ assume gli stessi obblighi.

I soggetti di cui al precedente capoverso che vengano a conoscenza di accordi, intese, atti ovvero altra attività posti in essere da ex dipendenti dell'Istituto, in occasione del rapporto di lavoro e della posizione ordinamentale precedentemente ricoperta (c.d. Pantouflage) e correlati all'affidamento della convenzione, sono tenuti a darne immediata notizia all'Amministrazione ai fini delle conseguenti determinazioni da assumere, in ordine ai richiamati ex dipendenti ovvero della convenzione in corso.

Il presente Patto di Integrità e le sanzioni applicabili resteranno in vigore fino alla completa esecuzione della convenzione.

Eventuali eventi corruttivi o altre fattispecie di illecito dovranno essere segnalati al Direttore Regionale INAIL della Liguria e al Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'INAIL.

Ogni controversia relativa all'interpretazione, ed esecuzione del presente Patto d'Integrità fra l'INAIL e la \_\_\_\_\_ risolta dall'Autorità Giudiziaria del Foro di Genova.

In fede  
Timbro e Firma leggibile del  
Legale Rappresentante

---

Luogo, data

INAIL  
DIREZIONE REGIONALE LIGURIA  
VIA G. D'ANNUNZIO, 76  
16121 GENOVA

**OGGETTO: RESPONSABILITÀ E MANLEVA**

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- Che la Struttura \_\_\_\_\_ si obbliga a manlevare e tenere indenne l'INAIL da qualsivoglia pretesa di terzi per fatti e colpe imputabili ai dipendenti, ausiliari e collaboratori della Struttura stessa e assume in proprio ogni responsabilità per infortunio o danni eventualmente subiti da parte di persone o di beni cagionati dall'esecuzione delle prestazioni contrattuali anche se eseguite da parte di terzi;
- Che la Struttura \_\_\_\_\_ si obbliga a manlevare e tenere indenne l'INAIL dalle pretese che terzi dovessero avanzare in relazione ai danni derivanti dall'esecuzione delle prestazioni contrattuali;
- Che la Struttura \_\_\_\_\_, anche a tal fine, è in possesso di una adeguata copertura assicurativa a garanzia della responsabilità civile per danni a terzi (stipulata con la Compagnia \_\_\_\_\_) nell'esecuzione delle prestazioni contrattuali per tutta la durata della Convenzione;

**DICHIARA, INOLTRE**

- Che la Struttura \_\_\_\_\_ si impegna a considerare e gestire tutti i dati e le notizie trattati in virtù della convenzione con l'INAIL con la più assoluta riservatezza anche in osservanza del D. Lgs. n. 196/2003 e del Gdpr;

Che la Struttura \_\_\_\_\_, i suoi dipendenti e collaboratori si impegnano a conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nel rispetto della vigente normativa in materia di anti-corrruzione (L. n. 190/2012, D.P.R. n. 62/2013, Piano Nazionale Anticorrruzione Delibera ANAC n. 72/2013, Piano Triennale INAIL per la prevenzione della corruzione 2018-2020).

Si allega alla presente domanda:

Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità

Altro: \_\_\_\_\_

In fede  
Timbro e Firma leggibile del  
Legale Rappresentante

---

Luogo e data

comunicazione antimafia su carta intestata

**AUTOCERTIFICAZIONE NEI CASI DI CUI ALL'ART. 89 DEL D.LGS 159/2011**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000)

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA**

che nei propri confronti non sussistono le cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D.Lgs. 06/09/2011, n. 159.

**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) e s.m.i. e del Gdpr che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

data

firma leggibile del dichiarante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_