

*Allegato "A" - Dichiarazione sostitutiva di certificazione e
sostitutiva di atto di notorietà (artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. n.445/2000)*

Avviso pubblico per l'individuazione dei professionisti interessati allo svolgimento, per il Comune di Mirandola, di servizi attinenti all'ingegneria, all'architettura e alle attività tecnico amministrative connesse, riguardanti l'istruttoria delle pratiche di "richiesta contributo di ricostruzione" da espletarsi mediante piattaforma MUDE, per gli edifici privati danneggiati dal sisma del maggio 2012

Il/I sottoscritto/i:

- 1) _____
C.F. _____,
nata/o a _____ il ____/____/____
in qualità di:
 Titolare (in caso di ditta individuale);
 Amministratore munito di poteri di rappresentanza dell'Impresa;
 Direttore Tecnico;
- 2) _____
C.F. _____,
nata/o a _____ il ____/____/____
in qualità di:
 Titolare (in caso di ditta individuale);
 Amministratore munito di poteri di rappresentanza dell'Impresa;
 Direttore Tecnico;
- 3) _____
C.F. _____,
nata/o a _____ il ____/____/____
in qualità di:
 Titolare (in caso di ditta individuale);
 Amministratore munito di poteri di rappresentanza dell'Impresa;
 Direttore Tecnico;
- 4) _____
C.F. _____,
nata/o a _____ il ____/____/____
in qualità di:
 Titolare (in caso di ditta individuale);
 Amministratore munito di poteri di rappresentanza dell'Impresa;
 Direttore Tecnico;

della seguente impresa:

- Ragione Sociale _____
- Natura giuridica _____
- Indirizzo Sede Legale _____
- Telefono _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA _____

- n. di iscrizione C.C.I.A.A. _____
- (per le sole Società Cooperative) estremi di iscrizione nel registro prefettizio in corso di validità _____
- (per i soli Consorzi di Società Cooperative) estremi di iscrizione nello schedario generale della Cooperazione _____
- n. matricola azienda per INPS _____
- n. di posizione contributiva INPS individuale, titolare/soci, imprese artigiane _____
- Sede INPS di riferimento (indirizzo e tel.) _____
- Codice Ditta INAIL _____
- N. di posizioni assicurative territoriali INAIL _____
- Sede di riferimento INAIL (indirizzo, tel.) _____
- Codice Impresa CASSA EDILE _____
- Denominazione Cassa Edile e sede di riferimento (indirizzo e tel.) _____

CCNL APPLICATO AI PROPRI DIPENDENTI:

- Edile Industria;
- Edile P.M.I.;
- Edile Cooperazione;
- Edile Artigianato;
- altro non Edile (specificare quale): _____

DIMENSIONE AZIENDALE:

- da 0 a 5 dipendenti;
- da 6 a 15 dipendenti;
- da 16 a 50 dipendenti;
- da 51 a 100 dipendenti;
- oltre 100 dipendenti.

ATTESTA / ATTESTANO

- di aver esaminato l'avviso;
- che la ditta e loro stessi non sono incorsi in nessuna delle cause di esclusione dai pubblici appalti di cui agli artt. 94 e 95 del D.Lgs. n.36/2023 e in ogni altra situazione che determini l'esclusione dalla gara e l'incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione;
- che la ditta è in possesso delle capacità economico-finanziarie e tecnico-professionali prescritte per prestazioni di pari importo ai sensi dell'art. 100 del D.lgs. n.36/2023 e si impegna, entro 10 giorni dall'affidamento, a comprovare il possesso dei suddetti requisiti;
- di non presentare istanza di partecipazione alla presente procedura singolarmente e come componente di un raggruppamento di professionisti o società o di un consorzio stabile, nonché contemporaneamente in più di un raggruppamento;
- che la ditta è in regola con il versamento dei contributi e quindi nei pagamenti e negli adempimenti previdenziali, assistenziali ed assicurativi nonché di tutti gli altri obblighi previsti dalla normativa vigente;
- che la ditta non ha concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuito incarichi ad ex-dipendenti o incaricati del Comune di Mirandola - nel triennio successivo alla loro

cessazione del rapporto – che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei confronti di questa impresa per conto del Comune di Mirandola medesimo negli ultimi tre anni di servizio;

- che la ditta è a conoscenza che la violazione degli obblighi di cui al codice di comportamento dei dipendenti del Comune di Mirandola da parte dei collaboratori a qualsiasi titolo della ditta aggiudicataria, costituisce causa di risoluzione del contratto;
- che la ditta:
 - è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili;
 - non è assoggettato alle norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili.

(barrare solo la voce che interessa. Nel caso che non venga barrata nessuna voce la sottoscrizione equivale a dichiarazione che l'Impresa è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili)

DICHIARANO CHE

- il professionista/i professionisti che svolgeranno i servizi sono i seguenti, con rispettive qualifiche professionali:

- _____
- _____

Il/I sottoscritto/i dichiara/no inoltre di essere a conoscenza di quanto previsto dall'art. 76 del T.U. approvato con D.P.R. n.445/2000 "*Le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla presente legge sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia*".

(data della firma digitale)

Allegati:

- copia di un documento di identità di tutti i sottoscrittori
- curriculum vitae del professionista che svolgerà i servizi