

**P.S.R. 2007/2013 – Misura 313**

*Incentivazione di attività turistiche*

**AUTOCERTIFICAZIONE**

*Spett. Comunità Montana “ALBURNI”*

*Via Uliveto*

*84020 Controne (SA)*

**Oggetto:** P.S.R. 2007/2013 – Misura 313 (Incentivazione attività turistiche). Invito a procedura ristretta per l'appalto del servizio relativo all'organizzazione dell'evento “**L'orientering tra i sentieri degli Alburni**”, e la promozione dell'evento medesimo e del progetto “**Il sentiero degli Alburni: a spasso tra natura, storia ed enogastronomia di eccellenza**”, di cui all'avviso di manifestazione d'interesse n. 01 del 28/02/2011 - **Codice CUP J63H10000080006 - Codice CIG 122850740B.**

**Importo a base di appalto:** € 45.000,00 (quarantacinquemila/00), IVA esclusa.

|   |  |       |     |       |  |
|---|--|-------|-----|-------|--|
| Il sottoscritto                         |  |       |     |       |  |
| Nato a                                  |  | Prov. |     | il    |  |
| In qualità di ( <i>carica sociale</i> ) |  |       |     |       |  |
| dell'Impresa                            |  |       |     |       |  |
| con sede legale in via                  |  |       | n.  |       |  |
| Città                                   |  |       |     | Prov. |  |
| Telefono                                |  |       | Fax |       |  |
| Indirizzo E-mail                        |  |       |     |       |  |
| Codice Fiscale                          |  |       |     | P.I.  |  |

consapevole della responsabilità penali in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci, dell'eventuale conseguente esclusione dalla partecipazione a gare future e dell'incameramento da parte dell'Amministrazione del deposito cauzionale a titolo di risarcimento del danno:

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del T.U. approvato con D.P.R. 445/00, sotto la propria responsabilità:

1) che la ditta è iscritta nel Registro delle Imprese della Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ per attività comprendente quella oggetto del presente appalto ed attesta i seguenti dati: (per le Imprese che hanno lo stabilimento in uno Stato membro dell'UE, indicare i dati d'iscrizione, secondo le modalità vigenti nello Stato dove hanno lo stabilimento, in registro professionale o commerciale)

- numero d'iscrizione \_\_\_\_\_
- data di iscrizione \_\_\_\_\_
- durata della Impresa / data termine \_\_\_\_\_
- forma giuridica della Impresa concorrente (barrare la casella che interessa):
  - ditta individuale
  - società in nome collettivo
  - società in accomandita semplice
  - società per azioni
  - società in accomandita per azioni
  - società a responsabilità limitata
  - società cooperativa a responsabilità limitata
  - società cooperativa a responsabilità illimitata
  - consorzio di cooperative
  - \_\_\_\_\_

Solo per le cooperative/consorzi di cooperative indicare estremi iscrizione Albo Nazionale:

\_\_\_\_\_;

Per le cooperative sociali indicare estremi iscrizione all'Albo Regionale

\_\_\_\_\_;

2) che l'amministrazione è affidata a: (indicare i nominativi delle persone che sono titolari dei poteri di amministrazione, con esatte generalità, nonché poteri loro conferiti. In particolare, per le società in nome collettivo dovranno risultare tutti i soci, per le società in accomandita semplice i soci accomandatari, per le altre società tutti i componenti del Consiglio di Amministrazione muniti di rappresentanza):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
Residenza \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
Carica ricoperta \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
Residenza \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
Carica ricoperta \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
Residenza \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
Carica ricoperta \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_  
Residenza \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
Carica ricoperta \_\_\_\_\_

3) che la ditta risulta iscritta alle seguenti posizioni degli enti previdenziali e assistenziali:

- **INAIL** codice impresa n. \_\_\_\_\_ e posizione assicurativa territoriale \_\_\_\_\_;
- **INPS** sede di \_\_\_\_\_ matricola aziendale n. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

4) di aver preso piena conoscenza del Disciplinare di gara e degli altri documenti ad essi allegati, ovvero richiamati e citati, nonché delle norme che regolano la procedura di aggiudicazione e l'esecuzione del relativo contratto e di obbligarsi, in caso di aggiudicazione, ad osservarli in ogni loro parte;

5) di aver considerato e valutato tutte le condizioni, incidenti sulle prestazioni oggetto della gara, che possono influire sulla determinazione dell'offerta e delle condizioni contrattuali e di aver preso conoscenza di tutte le circostanze, generali e specifiche, relative all'esecuzione del contratto e di averne tenuto conto nella formulazione dell'offerta tecnica e dell'offerta economica;

6) di accettare, in caso di aggiudicazione in proprio favore, le eventuali variazioni della consistenza e delle modalità operative per la realizzazione del servizio;

7) di accettare tutte le condizioni previste nella presente lettera d'invito e nel disciplinare di appalto;

8) di eleggere il proprio domicilio nel Comune di \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ e di indicare il seguente numero di fax \_\_\_\_\_ e l'e-mail \_\_\_\_\_ per l'invio delle comunicazioni di cui all'art. 79, comma 5, del D.Lgs. 163/2006;

9) di essere informato ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 del codice sulla privacy approvato con D.Lgs. n. 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.

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**DICHIARA**, inoltre, di essere in grado in ogni momento di certificare tutti gli elementi dichiarati in tutte le fasi della presente gara, impegnandosi altresì, in caso di aggiudicazione del servizio, a collaborare con l'Amministrazione per l'acquisizione della documentazione richiesta. A tal fine, riporta, di seguito, i dati relativi agli Enti dove richiedere la conferma dei dati dichiarati::

C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_;

Tribunale di \_\_\_\_\_ (*per certificati Sezione Fallimentare, Casellario Giudiziale, Carichi Pendenti*) via \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_;

Agenzia delle Entrate di \_\_\_\_\_ (*per certificato Carichi Pendenti – Imposte Dirette*) via \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_;

Centro per l'Impiego di \_\_\_\_\_ (*certificato del servizio all'impiego di cui alla L. 12/03/1999, n. 68*) via \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_.

Appone la sottoscrizione, consapevole delle responsabilità penali, amministrative e civili previste nell'ipotesi di dichiarazioni false o incomplete.

L'amministrazione si riserva la facoltà di effettuare controlli a campione sulle dichiarazioni prodotte, anche acquisendo la relativa documentazione.

....., lì .....

#### IL LEGALE RAPPRESENTANTE

(sottoscrizione in originale)

.....

ALLEGA ALLA PRESENTE COPIA FOTOSTATICA NON AUTENTICATA DEL PROPRIO DOCUMENTO D'IDENTITÀ (PASSAPORTO, CARTA D'IDENTITÀ O PATENTE) IN CORSO DI VALIDITÀ.

#### NOTE

- Il presente modulo dovrà essere siglato su ogni pagina.
- Non è consentito di modificare il testo delle dichiarazioni sopra riportate, mentre è, invece possibile, eventualmente, integrare le dichiarazioni sopra riportate con altre dichiarazioni e/o documentazione.