

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**(ARTT. 46, 47 e 77 bis D.P.R. 445/2000) – Allegato. N. 1**

**OGGETTO:** fornitura di defibrillatori semiautomatici/manuali con monitoraggio per uso ospedaliero di aree critiche dell'Azienda Ulss 1 Dolomiti.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Legale rappresentante della ditta \_\_\_\_\_

con la qualifica di (titolare, socio, procuratore, ecc.,) \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**SEDE LEGALE** in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**SEDE OPERATIVA** in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**PARTITA IVA** N. \_\_\_\_\_ **CODICE FISCALE** N. \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO P.E.C.** \_\_\_\_\_ **E-MAIL** \_\_\_\_\_

**TEL** \_\_\_\_\_ **INDIRIZZO invio ordini NSO** \_\_\_\_\_

Iscritta Registro Imprese presso la CCIAA di \_\_\_\_\_ n. iscr. \_\_\_\_\_  
oggetto sociale \_\_\_\_\_

**N° DIPENDENTI** \_\_\_\_\_ **C.C.N.L. applicato settore** \_\_\_\_\_ (per DURC)

**Consapevole della responsabilità penale e delle ulteriori sanzioni in caso di falsa dichiarazione, ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.p.r. 445/2000,**

**DICHIARA**

**a)** Che l'Impresa, nonché tutte le persone ad essa collegate contemplate dall'art. 94 del D.Lgs 36/2023, non si trovano in alcuna delle condizioni di esclusione previste dagli articoli dal 94 al 98, in particolare, di:

- ☐ non avere annotazioni nel casellario informatico dell'ANAC
- ☐ avere annotazioni nel casellario informatico dell'ANAC

**b)** Ai sensi dell'art. 26, comma 1, punto a) del D. Lgs. 81/2008, che l'Impresa è in possesso dei requisiti di idoneità tecnico-professionale in relazione alla prestazione oggetto del presente procedura/contratto (in caso di aggiudicazione potrà essere richiesto di dimostrare il possesso e la messa a disposizione di risorse, mezzi e personale, adeguatamente organizzati, che garantiscano la capacità di operare in sicurezza);

**c)** Di accettare tutte le condizioni indicate nel avviso, nella richiesta d'offerta, nei documenti trasmessi e nelle Condizioni Generali di Contratto, incluse le penalità, scaricabili all'indirizzo: <https://www.aulss1.veneto.it/bandi/condizioni-general-di-contratto/>

**d)** Di autorizzare l'invio di tutte le comunicazioni inerenti la presente procedura d'acquisto di beni/servizi all'indirizzo PEC sopra indicato e/o per tramite del canale delle comunicazioni della piattaforma telematica Sintel/MEPA;

**e)** Di assumere a proprio carico tutti gli oneri assicurativi e previdenziali di legge, di osservare le norme vigenti in materia di sicurezza sul lavoro e di retribuzione dei lavoratori dipendenti e di dichiarare che l'offerta presentata è remunerativa;

**f)** In caso di eventuali richieste di accesso agli atti avanzate dagli aventi diritto  
(barrare la casella di pertinenza)

- ☐ che non esistono parti dell'Offerta coperte da segreto tecnico/commerciale per le quali è precluso l'accesso, ai sensi dell'art. 53 c. 5 lett. a) del D. Lgs 50/2016 (in vigore in regime transitorio fino al 31/12/2023)  
Oppure
- ☐ che le parti dell'Offerta coperte da segreto tecnico/commerciale, per le quali è precluso l'accesso, ai sensi dell'art. 53 c. 5 lett. a) del D. Lgs 50/2016 sono:

\_\_\_\_\_ per le seguenti motivazioni:

-----  
**g)** In caso di ricorso all'istituto del subappalto (barrare solo se di pertinenza)  
☐ Di potersi eventualmente avvalere dell'istituto del subappalto per l'esecuzione della seguente attività (specificare) \_\_\_\_\_

**h)** Relativamente alla disciplina di cui all'art. 17 della L. 68/99  
(barrare la casella di pertinenza)  
☐ Che l'Impresa è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili e che tale situazione può essere certificata dal competente Ufficio Provinciale di:  
\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
oppure  
☐ Che l'Impresa non è soggetta agli obblighi derivanti della L. n. 68/99 (indicare il motivo) \_\_\_\_\_

**i)** Che l'Impresa mantiene le seguenti posizioni previdenziali ed assicurative e che è in regola con i versamenti ai seguenti Enti: **(In caso di assenza dipendenti indicare le posizioni del legale rappresentante)**

**INPS** sede competente \_\_\_\_\_ matricola N. \_\_\_\_\_

**INAIL** sede competente \_\_\_\_\_ Codice N. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

*Firmato digitalmente dall'Impresa*

NB: Il documento dovrà essere SOTTOSCRITTO CON FIRMA DIGITALE