

ALLEGATO "ASSENZA MOTIVI ESCLUSIONE" - AUTOCERTIFICAZIONE

Dichiarazione sostitutiva ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ prov. _____

c.f. _____ residente a _____ cap. _____ prov. _____

via _____ n.civico _____ in qualità di _____

dell'impresa _____ c.f. _____ p.IVA _____

sede legale/domicilio:

comune _____ cap. _____ prov. _____

via _____ n.civico _____

recapiti telefonici: fisso _____ cell. _____ fax _____

indirizzo e-mail: _____ pec: _____

consapevole delle conseguenze penali ed amministrative previste per il rilascio di dichiarazioni mendaci e false, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

1. che in capo all'operatore economico, ovvero o persona che sia componente del consiglio di amministrazione, o della direzione o della vigilanza o che abbia poteri di rappresentanza, o di decisione o di controllo, non sussista alcun motivo di esclusione di cui all'art. 24 della L.P. 9 marzo 2016, n. 2.*

2. che:

- l'operatore economico è in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili poiché ha ottemperato alle disposizioni contenute nella Legge 68/99 (Legge italiana) /(Legge Stato estero). Gli adempimenti sono stati eseguiti presso l'Ufficio di Via.....n.....fax.....e-mail.....;
- l'operatore economico non è soggetto agli obblighi di assunzione obbligatoria previsti dalla Legge 68/99 per i seguenti motivi:
- in..... (Stato estero) non esiste una normativa sull'assunzione obbligatoria dei disabili;

3. di essere regolare ed iscritto ai seguenti enti previdenziali come di seguito specificato:

- Datore di lavoro (impresa con dipendenti)
- Gestione Separata – Committente/Associante (impresa formata solo da soci)
- Lavoratore autonomo di arte e professione
- Titolare di reddito da lavoro (impresa individuale)

INAIL – sede competente e codice ditta: _____

INPS – sede competente e matricola azienda: _____

Altro Istituto Previdenziale (indicare ente, sede, matricola): _____

4. di non essere iscritto ad alcun Ente Previdenziale in quanto _____

Il presente documento viene:

- firmato digitalmente
ovvero
- firmato in forma olografa, allegando copia del documento d'identità in corso di validità

(Luogo e data)

(timbro e firma)

informativa privacy

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm. si informa che i dati contenuti nella presente dichiarazione e negli eventuali documenti allegati sono trattati allo scopo di procedere agli adempimenti previsti dalle normative in materia di affidamento di forniture di beni, servizi e lavori. - Il titolare del trattamento è il MUSE – Museo delle Scienze di Trento, responsabile è il dott. Michele Lanzinger (Direttore del Museo)

*
Per eventuali approfondimenti sulla normativa citata si rimanda al seguente indirizzo internet
http://www.consiglio.provincia.tn.it/leggi-e-archivi/codice-provinciale/archivio/Pages/Legge%20provinciale%209%20marzo%202016,%20n.%20_28437.aspx?zid=a1851336-431e-4f9b-98f8-4b2b4319bb6d